



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**SAÚDE ORAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS  
ESTUDO COMPARATIVO (MEIO RURAL VS MEIO URBANO)**

Trabalho submetido por  
**Tânia Meireles Cardoso**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2020





**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**SAÚDE ORAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS  
ESTUDO COMPARATIVO (MEIO RURAL VS MEIO URBANO)**

Trabalho submetido por  
**Tânia Meireles Cardoso**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por  
**Prof. Doutora Armanda Maria Subtil Amorim Rodrigues de Abreu**

e coorientado por  
**Prof. Doutor Pedro Miguel Antunes Oliveira**

**setembro de 2020**



## Dedicatória

“Eu sei que não sou nada e que talvez nunca tenha tudo. Aparte isso, eu tenho em mim todos os sonhos do mundo”. (Fernando Pessoa)



## **Agradecimentos**

À minha orientadora de tese, Prof. Doutora Armanda Amorim por ter engrenado neste projeto comigo desde as primeiras ideias iniciais. Pela sua mente brilhante que me ajudou a guiar neste estudo e pela sua dedicação, disponibilidade e simpatia.

Ao meu co-orientador, Prof. Doutor Pedro Oliveira pela sua disponibilidade para tirar qualquer dúvida que fosse surgindo e pela partilha do seu vasto conhecimento.

Ao Prof. Doutor Luís Proença pela orientação no tratamento dos dados e na análise estatística e pela sua disponibilidade.

À Mestre Joana Carmo pela sua simpatia e auxílio no esclarecimento de algumas dúvidas surgidas.

À Direção Clínica por ter disponibilizado o material necessário à realização deste estudo.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz, por ter um ensino de excelência e me proporcionar as melhores condições de formação e a todos os Professores e Colaboradores que contribuíram para a minha formação e me prepararam da melhor forma para o mundo profissional.

Queria agradecer também à instituição AFID Diferença e ao Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova por terem aceitado este estudo. Queria agradecer ainda de forma especial, à Doutora Diana Correia e à Doutora Andrea Martins pela simpatia, cooperação e disponibilidade facultada durante esta investigação.

A todos os utentes do Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova e Residência Sénior AFID Geração, por terem aceitado e terem disponibilizado umas horas do seu dia para participar no estudo.

A toda a minha família, mas com especial carinho, ao meu irmão por me incentivar e estar sempre do meu lado e aos meus pais que são o melhor que tenho na vida, por me darem coragem para ultrapassar os obstáculos, me incentivarem a lutar pelos meus sonhos e pelo apoio incondicional que nunca me faltou.

Por último, mas não menos, queria agradecer aos meus amigos de curso que são o melhor que levo destes anos. E principalmente à minha colega de box Catarina Albuquerque que me aturou durante estes anos e me motivou na realização desta investigação e à minha amiga Rute Casqueiro por ter estado sempre ao meu lado neste percurso académico nos bons e maus momentos.





## **Resumo:**

**Objetivos:** Determinar a autopercepção, os comportamentos e conhecimentos em saúde oral, avaliar o uso e necessidade de prótese, presença de dentes, o índice CPOD, IP e IG e analisar a associação entre estes e o fator sociodemográfico, área de residência.

**Métodos e materiais:** Foi realizado um estudo observacional transversal, abrangendo 102 idosos residentes no Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova (Meio rural) e na Residência Sênior AFID Geração (Meio urbano). A recolha de dados foi realizada através de 2 questionários e um exame clínico. A autopercepção da saúde oral foi avaliada pela versão portuguesa do GOHAI.

**Resultados:** Na amostra total, 28,7% dos idosos não escova os dentes e/ou próteses todos os dias, a frequência de escovagem, duas ou mais vezes por dia, é de 53,3%, com maior prevalência no meio urbano, 85,3% não utiliza meios complementares de escovagem e 89% não vai ao Médico Dentista há mais de 1 ano, sendo o principal motivo da última consulta extrações dentárias e dor. Relativamente a incentivos à melhoria da saúde oral, 89,2% não sabe o que é um cheque dentista, e apenas 2% da amostra já usufruiu deste. Relativamente á presença de dentes, 57,75% dos idosos eram desdentados totais e a prótese mais frequentemente observada foi a prótese total removível acrílica (78,95%). O IP e o IG apresentaram-se ambos elevados, em qualquer das instituições. Relativamente aos índices, o valor médio de índice CPOD foi de 21,05, e do GOHAI foi 31,57.

**Conclusão:** Não se verificaram associações estatisticamente significativas, quer no índice CPOD, quer no índice GOHAI relativamente à variável, área de residência. Nas duas residências foi possível constatar reduzidos conhecimentos sobre saúde oral, bem como comportamentos preventivos ou contributivos para a saúde oral evidenciados pela endentação acentuada, elevado nível de cárie, placa dentária e inflamação gengival observadas.

**Palavras-chave:** Saúde oral; Idoso; Fatores socioeconómicos; Área de residência



## **Abstract**

**Objectives:** To determine self-perception, behaviors and knowledge in oral health, to evaluate the use and need for prosthesis, presence of teeth, the CPOD, IP and IG index and to analyze the association between these and the sociodemographic factor, area of residence.

**Methods and materials:** A cross-sectional observational study was carried out, covering 102 elderly residents at the Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova (Rural) and Residência Sênior AFID Geração (Urban). The data collection was carried out through 2 questionnaires and a clinical examination. The self perception of oral health was evaluated by the Portuguese version of GOHAI.

**Results:** In the total sample, 28.7% of the elderly do not brush their teeth and/or prostheses every day, the frequency of brushing, two or more times a day, is 53.3%, with higher prevalence in the urban environment, 85.3% do not use complementary means of brushing and 89% do not go to the Dentist for more than 1 year, being the main reason for the last consultation dental extractions and pain. Regarding incentives to improve oral health, 89.2% do not know what a dental check is, and only 2% of the sample has already taken it. Regarding the presence of teeth, 57.75% of the elderly were total edentulous and the most frequently observed prosthesis was the total removable acrylic prosthesis (78.95%). The IP and IG were both elevated, in either institution. Regarding the indexes, the average value of CPOD index was 21.05, and of GOHAI was 31.57.

**Conclusion:** There were no statistically significant associations, either in the CPOD index or in the GOHAI index regarding the variable, area of residence. In both residences it was possible to observe little knowledge about oral health, as well as preventive behaviors or contributory to oral health evidenced by the marked endentation, high level of caries, dental plaque and gum inflammation observed.

**Keywords:** Oral health; Elderly; Socio-economic factors; area of residence



## Índice

Índice de Figuras .....	9
Índice de Tabelas .....	11
Índice de Gráficos.....	13
Lista de abreviaturas .....	15
I. Introdução.....	17
II. Enquadramento teórico .....	19
1. Saúde oral na população geriátrica .....	19
1.1.Principais doenças orais .....	20
1.1.1.Doença periodontal .....	20
1.1.2.Cárie dentária .....	21
1.1.3.Edentulismo.....	21
1.1.4.Diminuição da capacidade gustativa .....	22
1.1.5.Xerostomia .....	22
1.2.Saúde oral vs Saúde Geral.....	23
1.3.Autoperceção em Saúde oral.....	26
2.Prestação de cuidados de saúde oral em Portugal .....	27
3.Programas de saúde oral.....	28
3.1. Programa nacional de promoção da saúde oral.....	28
3.1.1. Cheques dentista.....	29
3.1.2. Projeto saúde oral nos cuidados de saúde primários do SNS.....	31
3.2.Benefícios adicionais de saúde (BAS) .....	32
4.Determinantes de saúde oral .....	32
4.1. Determinantes sociais .....	33
4.2. Comportamentos em saúde oral.....	35
4.3. Perspetiva do curso de vida.....	36
III. Materiais e Métodos .....	39

1.Caracterização do estudo.....	39
2.Objetivos .....	39
3.Considerações éticas .....	39
4.Local do estudo .....	39
5.Amostra .....	40
6.Instrumentos .....	40
6.1. GOHAI .....	41
6.2. Índice CPOD .....	41
6.3. Índice de Placa e Índice Gengival .....	42
7.Recolha de dados.....	43
8.Análise estatística.....	44
IV. Resultados .....	45
1.Caracterização da amostra.....	45
2.Hábitos de higiene oral.....	49
3.Utilização de serviços de saúde oral .....	52
4.Cheque dentista e seguros .....	55
5.Ausências dentárias .....	57
6.Uso de prótese .....	57
7.Índice de placa e Índice gengival .....	61
8.Índice CPOD .....	62
9.Questionário GOHAI .....	62
V. Discussão.....	65
1.Amostra .....	65
2.Comportamentos em saúde oral .....	65
2.1. Hábitos de higiene oral .....	65
2.2. Utilização de serviços de saúde oral .....	66
3.Conhecimentos e práticas em saúde oral.....	68

4. Ausências dentárias e reabilitação protética.....	69
5. Índices .....	71
5.1. Índice de Placa e Índice Gengival.....	71
5.2. Índice CPOD.....	71
6. Autopercepção em saúde oral .....	72
7. Limitações de estudo.....	72
VI. Conclusão.....	73
VII. Bibliografia.....	75





## Índice de Figuras

Figura 1- Modelo teórico dos determinantes sociais da saúde. Fonte: Adaptado de "A conceptual framework for action on the social determinants of health" .....	34
Figura 2- Esboço da localização geográfica das instituições em estudo .....	40
Figura 3- Equipamento de proteção individual .....	43



## **Índice de Tabelas**

Tabela 1- Códigos do Índice CPOD .....	42
Tabela 2- Distribuição dos valores de CPOD e seus componentes por área de residência .....	62
Tabela 3- Estatística descritiva dos dados obtidos através do questionário GOHAI na amostra total .....	62
Tabela 4- Correlação entre o indicador sociodemográfico, meio de residência e os valores obtidos no questionário GOHAI.....	63



## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição da amostra do Lar da Santa da Misericórdia de Proença-a-Nova por Género .....	45
Gráfico 2- Distribuição da amostra da Residência Sénior AFID Geração por Género .	45
Gráfico 3- Distribuição da amostra do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova por Faixa Etária.....	46
Gráfico 4- Distribuição da amostra da Residência Sénior AFID Geração por Faixa Etária .....	46
Gráfico 5- Distribuição da amostra da Residência Sénior AFID Geração por Estado Civil .....	47
Gráfico 6- Distribuição da amostra do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova por Estado Civil .....	47
Gráfico 8- Distribuição da amostra do Lar da Santa .....	47
Gráfico 7- Distribuição da amostra da Residência .....	47
Gráfico 9- Distribuição da amostra do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova por Nível de escolaridade.....	48
Gráfico 10- Distribuição da amostra da Residência Sénior AFID Geração por Nível de escolaridade .....	48
Gráfico 11- Distribuição da amostra por escovagem dos dentes todos os dias por meio de residência .....	49
Gráfico 12- - Importância de escovagem distribuído por meio de residência.....	49
Gráfico 13- Frequência de escovagem distribuída por meio de residência.....	50
Gráfico 14- Motivo de não escovar os dentes todos os dias distribuído por meio de residência.....	50
Gráfico 15- Utilização de meio complementar á escovagem por meio de residência...	51
Gráfico 16- Idade de aquisição da primeira escova de dentes distribuído por meio de residência.....	51
Gráfico 17- Última visita ao Médico Dentista distribuída por meio de residência .....	52
Gráfico 18- Motivo da última consulta no Médico Dentista distribuído por meio de residência.....	52

Gráfico 19- Idade da primeira consulta no Médico Dentista distribuído por meio de residência .....	53
Gráfico 20- Motivo da primeira consulta no Médico Dentista distribuído por meio de residência .....	54
Gráfico 21- Regularidade de visitas ao Médico Dentista por meio de residência.....	55
Gráfico 22- Motivo de não ir regularmente ao Médico Dentista distribuído por meio de residência .....	55
Gráfico 23- Conhecimento sobre o cheque dentista distribuído por meio de residência .....	55
Gráfico 24- Utilização de cheque dentista distribuído por meio de residência .....	56
Gráfico 25- Utilização de seguros de saúde em consultas no Médico Dentista .....	56
Gráfico 26- Conhecimento de consultórios perto da área de residência que utilizem seguros de saúde distribuído por meio de residência .....	56
Gráfico 27- Número de dentes presentes em idosos de acordo com o meio de residência .....	57
Gráfico 28- Utilização de prótese em idosos de acordo com a arcada, o tipo e o meio de residência .....	58
Gráfico 29- Necessidade de utilização de prótese de acordo com a arcada e o meio de residência .....	58
Gráfico 30- Tipo de prótese utilizada em idoso de acordo com a arcada e o meio de residência .....	59
Gráfico 31- Utilização da prótese durante as refeições distribuído por meio de residência .....	60
Gráfico 32- Utilização da prótese durante a noite distribuído por meio de residência .	60
Gráfico 33- Distribuição de Índice de Placa por meio de residência .....	61
Gráfico 34- Distribuição de Índice Gengival por meio de residência .....	61

## **Lista de abreviaturas**

**ARS** – Administrações Regionais de Saúde

**BAS** - Benefícios Adicionais de Saúde

**CDSS** - Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DSS** – Determinantes sociais de saúde

**FDI** – Federação Dentária Internacional

**GOHAI** – Geriatric Oral Health Assessment Index

**CPOD** – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

**OHIP** – Oral Health Impact Profile

**OHRQOL** – Oral Health-Related Quality of Life

**OIDP** – Oral Impacts on Daily Performances

**OMD** – Ordem dos Médicos Dentistas

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNPSO** – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

**PNS** - Plano Nacional de Saúde

**SIDA** - Síndrome da imunodeficiência adquirida

**SISO** – Sistema de Informação para a Saúde Oral

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**SO** – Saúde Oral

**UE** – União Europeia

**VIH** - Vírus da Imunodeficiência humano





## **I. Introdução**

A tendência de envelhecimento demográfico tem-se verificado a nível mundial, com um exponencial aumento da proporção de pessoas idosas (ONU, 2019).

De acordo com o serviço de estatística da União Europeia (Eurostat), Portugal apresenta-se como sendo o 3º país da União Europeia (EU) com maior proporção de idosos na população total, acompanhado nesse patamar pela Finlândia com 21,8% da população total com 65 anos ou mais, somente ultrapassado pela Grécia e Itália, registando a população uma idade média de 45,2 anos correspondente ao ano de 2019 (Eurostat, 2019). De facto, dados estatísticos demonstram que a população Portuguesa poderá diminuir até 2080, contudo o processo de envelhecimento demográfico acentuar-se-á, resultante de baixas taxas de natalidade, aumento da longevidade de vida e saldos migratórios negativos. Expeta-se que a população com 65 anos ou mais, poderá passar de 2,2 para 2.8 milhões de pessoas, entre 2018 e 2080 (Estatística, 2019).

O envelhecimento é uma etapa da vida acompanhada de inúmeras transformações fisiopatológicas com repercussões a nível da saúde geral e oral. Neste processo, estabelecem-se progressivamente défices no sistema imunitário e desordens nutricionais que desencadeiam uma maior suscetibilidade para doenças crónicas, aumento do risco de infeções e doenças orais (Mitri et al., 2020; Ribeiro et al., 2012).

As doenças orais apesar de altamente preveníveis, permanecem ainda um enorme problema de saúde pública mundialmente. Estas impactam negativamente na qualidade de vida e funcionamento social durante toda a vida útil (Watt et al., 2015).

Uma alta preocupação em várias partes do mundo é dada á emergência de desigualdades em saúde oral (Watt et al., 2015).

Embora se tenham verificado muitas melhorias na saúde oral ao longo do tempo, com pesquisas que levaram a avanços notáveis na prevenção e tratamento de doenças, desigualdades ainda persistem entre populações urbanas e rurais. Ocorrem ainda diferenças na distribuição de serviços, acessibilidade, utilização, conhecimentos e práticas em saúde oral entre essas mesmas populações (Ogunbodede et al., 2015; Watt et al., 2015).

Em Portugal, ainda são poucos os estudos realizados sobre atitudes e conhecimentos relacionados com a saúde oral por parte da população geriátrica, o que poderá originar a utilização de metodologias desadaptadas e afastadas da realidade da população em causa,

aquando da realização de programas preventivos educacionais para a saúde. Deste modo torna-se crucial detetar as causas subjacentes a estas desigualdades em saúde oral e criar medidas para as enfrentar (Ribeiro et al., 2012).

## **II. Enquadramento teórico**

### **1. Saúde oral na população geriátrica**

O envelhecimento humano é um processo natural entendido por um conjunto de mudanças progressivas da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, iniciando-se antes do nascimento e desenvolvendo-se ao longo da vida (DGS, 2004).

Com o aumento da esperança média de vida e o consequente aumento da população idosa mundialmente, o envelhecimento tornou-se um novo desafio para a saúde pública, bem como um fator de risco para várias doenças orais (Albeny & Santos, 2018).

De acordo com a nova definição da FDI (Federação Dentária Internacional), a saúde oral é um componente essencial da saúde, bem como do bem-estar físico e mental, sendo influenciada por atitudes e valores por parte de indivíduos e comunidades, sendo definida pela capacidade de tocar, mastigar, falar, cheirar, sorrir, saborear, engolir e transmitir emoções através de expressões faciais sem dor nem desconforto e com confiança e pela ausência de doenças do complexo craniofacial. Esta é considerada pelo antigo bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), Orlando Monteiro da Silva, uma definição mais ampla, inclusiva e moderna que procura transmitir que a saúde oral deve ser considerada numa visão mais abrangente da saúde em geral (OMD, 2016).

A saúde oral é essencial na interação social, prevenção de doenças, estado nutricional, e consequentemente na qualidade de vida da população geriátrica (Albeny & Santos, 2018). Frequentemente as doenças orais observadas na população geriátrica estão relacionadas com complicações patológicas adquiridas ao longo do curso de vida, provenientes da ineficácia na higiene oral, falta de orientação, iatrogenia de profissionais e a falta de acesso aos serviços de saúde proveniente da condição socioeconómica ou negligência pessoal (Albeny & Santos, 2018).

Fatores como a negligência nas visitas regulares ao Médico Dentista, o desleixo nos procedimentos de higiene oral, o défice nutricional, certas doenças sistémicas e o efeito colateral de determinados medicamentos promovem o desenvolvimento de doenças orais na população geriátrica (Albeny & Santos, 2018).

De acordo com o gráfico correspondente á proporção da população com 15 ou mais anos que consultou um Dentista nos 12 meses anteriores à entrevista presente no relatório do

inquérito nacional de saúde de 2014, ocorre um declínio acentuado consoante o aumento da faixa etária, sendo o grupo etário de mais de 85 anos o que apresenta menor percentagem com menos de 20%. Relativamente ao motivo da última consulta observa-se um aumento da necessidade de extração de dentes e de realização de próteses dentárias á medida que a idade avança, sendo que cerca de 1/5 da faixa etária de mais de 65 anos referiu que foi motivada pela necessidade de extração de um dente e cerca de 17% necessitou de fazer uma prótese dentária (INE, 2016).

No entanto, atualmente verifica-se uma diminuição das taxas de perda dentária na população geriátrica como consequência dos cuidados de saúde oral, tais como um aumento nos cuidados de higiene oral quotidiana, uma melhoria nas tecnologias relacionadas á Medicina Dentária e fluoretação das águas (Albeny & Santos, 2018).

## **1.1. Principais doenças orais**

### **1.1.1. Doença periodontal**

A doença periodontal é considerada uma das manifestações orais mais frequentes na população geriátrica (Halpern, 2020).

Estudos demonstram que a periodontite nos idosos pode ser o resultado de mudanças no periodonto relacionadas com a idade, originadas por certos problemas de saúde específicos prevalentes nos idosos e pela exposição bacteriana dos tecidos periodontais ao longo do tempo (Halpern, 2020).

Durante o processo de envelhecimento ocorrem mudanças anatómicas e funcionais verificadas na cavidade oral. O epitélio gengival torna-se mais fino e ocorre um aumento do tecido de queratina, a vascularização do ligamento periodontal torna-se disfuncional e ambos são debilitados pela diminuição de colagénio. Relativamente ao osso alveolar verifica-se uma diminuição do tecido mineralizado, ocorrendo um aumento na reabsorção e uma diminuição da neoformação óssea, originando um aumento da porosidade óssea. Consequentemente a estes fatores ocorre recessão gengival e aumento da coroa clínica dos dentes, incitando um aumento do risco de cárie radicular. As mudanças estruturais e funcionais durante este processo podem influenciar a taxa de destruição do periodonto causadas pela alteração das respostas do hospedeiro aos microrganismos responsáveis pela placa (Albeny & Santos, 2018; Halpern, 2020).

A periodontite tende a aumentar com o avançar da idade, visto que fatores prevalentes nessa faixa etária como a reduzida quantidade de dentes, doenças sistémicas, tabagismo, consumo excessivo de álcool, falta de acompanhamento no Médico Dentista contribuem diretamente na progressão da doença periodontal (Albeny & Santos, 2018).

### **1.1.2. Cárie dentária**

De acordo com dados mundiais a cárie dentária é a doença oral mais prevalente na faixa etária dos 60 anos ou mais (Albeny & Santos, 2018).

A população geriátrica apresenta uma incidência de cáries dentárias mais elevada do que em populações jovens (Côrte-Real et al., 2011).

Fatores como o aumento da recessão gengival, redução do fluxo salivar resultantes do uso de certos medicamentos, alterações alimentares e dificuldades nos procedimentos de higiene oral provocam um aumento do risco cariogénico neste grupo populacional (Albeny & Santos, 2018; Côrte-Real et al., 2011).

Para além desses fatores tem-se verificado também uma associação com fatores comportamentais e sociais e fatores de risco locais, tais como a institucionalização e a residência em áreas rurais (Côrte-Real et al., 2011).

### **1.1.3. Edentulismo**

O edentulismo consiste na perda total ou parcial dos dentes definitivos, sendo uma das condições orais de alta prevalência na população geriátrica (Albeny & Santos, 2018; Oliveira & Marinho, 2019).

A perda dentária advém de complicações de processos patológicos acumulados ao longo da vida do indivíduo, refletindo um fracasso ou inexistência de medidas de saúde oral prévias, não sendo decorrente diretamente do processo de envelhecimento (Presa & Matos, 2014; Oliveira & Marinho, 2019).

Este é originado maioritariamente de extrações dentárias causadas pelo agravamento de doenças orais tais como a doença periodontal e cárie dentária (Oliveira & Marinho, 2019).

A doença periodontal é referida como sendo a principal causa de perda dentária, resultando num aumento de indivíduos com necessidade de próteses dentárias, sendo outra das causas de perda dentária a progressão lenta das cáries radiculares e cáries infiltradas sob restaurações e próteses dentárias (Presa & Matos, 2014).

O edentulismo afeta diretamente a capacidade mastigatória, a fonação e estética, provocando perturbações funcionais, estéticas e nutricionais. Este gera modificações nos hábitos alimentares, levando a alterações nutricionais, afetando psicologicamente e socialmente a vida de um indivíduo, atuando negativamente na qualidade de vida (Oliveira & Marinho, 2019; Silva et al., 2016).

No entanto, a perda dentária ainda é atualmente referida pela sociedade como sendo um fator normal que advém da idade e não um reflexo da falta de programas de prevenção de saúde oral (Albeny & Santos, 2018).

#### **1.1.4. Diminuição da capacidade gustativa**

A diminuição da capacidade gustativa é uma condição oral que afeta cerca de 80% dos idosos, apresentando um decréscimo acentuado após os 70 anos de idade (Albeny & Santos, 2018).

Esta pode ser causada por má nutrição, certas doenças sistêmicas e medicamentos, uma inadequada dentição, declínio da função olfativa e diminuição das papilas gustativas (Halpern, 2020).

A diminuição da capacidade gustativa pode provocar falta de apetite, alteração da alimentação e consequentemente a qualidade de vida desses indivíduos, sendo potencializada por hábitos como o tabaco e o álcool (Halpern, 2020).

Existem práticas preventivas que diminuem os seus sintomas como é o caso da higienização do dorso da língua (Albeny & Santos, 2018).

#### **1.1.5. Xerostomia**

A xerostomia, também conhecida como boca seca, é uma das condições orais que apresenta mais queixas por parte da população geriátrica, acometendo cerca de 25 a 30% dessa população, afetando diretamente a fala, mastigação e deglutição, podendo até provocar acontecimentos dolorosos (Albeny & Santos, 2018; Halpern, 2020).

Têm ocorrido alguns debates acerca do efeito do processo de envelhecimento na função salivar. Enquanto vários investigadores, têm defendido que a idade provoca uma diminuição da capacidade de manutenção normal da quantidade de fluxo salivar outros investigadores, tais como Vissink e Colleagues defendem que não há significativas diferenças relacionadas com a idade na diminuição da função das glândulas salivares, apesar de ambos comprovarem que existem alterações anatómicas tanto nas glândulas

major como minor com o avanço da idade. As divergências verificadas entre estudos, podem ser derivadas aos métodos da colheita das amostras entre os pacientes (Halpern, 2020).

Apesar de ainda haver alguma controvérsia relativamente ao efeito da idade na função das glândulas salivares, vários estudos têm vindo a comprovar a existência de uma associação da xerostomia com algumas doenças sistémicas e medicamentos frequentemente utilizados pela população geriátrica (Halpern, 2020).

## **1.2. Saúde oral vs Saúde Geral**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) “a saúde oral é um indicador chave da saúde geral, bem-estar e qualidade de vida” (OMS, 2019).

A saúde oral é um dos fatores cruciais para a conservação do equilíbrio do corpo humano. Fatores como a deglutição, fala, estética, mastigação e estado psicológico contribuem diretamente para a qualidade de vida do indivíduo (Veiga, 2015)

A interação mútua entre saúde oral e saúde geral tem sido alvo de inúmeras pesquisas durante décadas. Acredita-se que o efeito da idade na saúde oral está associado á saúde e bem-estar geral, com doenças sistémicas a terem impacto direto na cavidade oral (Muc-Wierzoń et al., 2015; Veiga, 2015).

O envelhecimento é um processo natural e progressivo que gera limitações e alterações fisiológicas, psicológicas e funcionais que provoca um aumento da suscetibilidade e vulnerabilidade do indivíduo para o desenvolvimento de doenças crónicas, aumentado assim a incidência de várias doenças sistémicas na população geriátrica (Veiga, 2015).

A idade, por si só, é considerada um fator que tem somente um pequeno efeito na maioria das alterações na cavidade oral, relacionadas à idade, isto porque a maioria são secundárias a fatores extrínsecos que atuam ao longo da vida do indivíduo (Veiga, 2015).

A deterioração da saúde oral em idosos ocorre principalmente devido a um conjunto de fatores tais como a diminuição do acesso a cuidados de saúde, negligência na higiene oral e surgimento de doenças sistémicas com manifestações secundárias na cavidade oral (Veiga, 2015).

De acordo com inúmeros estudos realizados, foi comprovado que existe uma vasta gama de doenças e medicamentos que afetam a cavidade oral. Calcula-se que haja mais de 500

medicamentos e 100 doenças sistêmicas que apresentam manifestações orais, usualmente mais prevalentes na população geriátrica (Kane, 2017).

O impacto sistêmico provocado pelas condições patológicas na cavidade oral é maior do que muitos profissionais de saúde tendem a considerar. Tendo em conta a interligação entre saúde oral e saúde e bem-estar geral é fundamentalmente necessário que os Médicos Dentistas tenham em consideração o cenário de multimorbidade, polifarmácia e doenças crônicas prevalente nos pacientes geriátricos (Halpern, 2020; Kane, 2017).

A decadência na saúde oral na população geriátrica é uma das causas mais frequentes de desnutrição nesta população. As dificuldades na mastigação e deglutição frequentes nesta faixa etária inerentes a dor de dentes, edentulismo, falta de saliva entre outras complicações dentárias podem levar a graves défices nutricionais afetando o bem-estar geral (Gil-Montoya, et al., 2015).

Existem ainda múltiplas condições patológicas da cavidade oral prevalentes na população geriátrica que, como vários estudos comprovam, têm uma interligação com a saúde geral desses indivíduos. Uma das condições patológicas mais estudada tem sido a doença periodontal. A doença periodontal tem estado associada a resultados adversos na gravidez, tais como parto prematuro e a várias doenças sistêmicas, principalmente as doenças cardiovasculares e diabetes (Hegde & Awan, 2019).

A doença periodontal aparenta representar um papel significativo nas doenças cardiovasculares. Estas apresentam uma relação bi-direcional, enquanto a doença periodontal pode provocar condições sistêmicas adversas, através da distribuição sistêmica de patógenos periodontais e infiltração sistêmica de mediadores inflamatórios locais, as doenças sistêmicas também predis põem uma pessoa para a doença periodontal. De acordo com estudos realizados, as inflamações orais crônicas como por exemplo, doença periodontal, cárie dentária ativa e perda dentária associada a processos inflamatórios pode aumentar o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Veiga, 2015).

Um exemplo, é o estudo realizado por Chen et al. (2016) que relaciona periodontite e insuficiência cardíaca usando a base de dados nacional de pesquisa em seguros de saúde de Taiwan, no qual foi observada uma incidência significativamente maior de fibrilhação atrial em indivíduos com periodontite em comparação com indivíduos sem doença periodontal.

Outra condição patológica da cavidade oral afetada por doenças sistêmicas é a xerostomia. Esta é usualmente causada por condições sistêmicas prevalentes na



população geriátrica, tais como diabetes, depressão, doenças autoimunes, tais como Síndrome de Sjogren e outras intervenções médicas tais como a radioterapia da cabeça e pescoço e quimioterapia. Para além destas causas muitas classes de medicamentos mais frequentemente prescritos para idosos têm como principal efeito colateral a xerostomia, tais como os antidepressivos, anticolinérgicos, sedativos, anti hipertensores, antipsicóticos, anti-histamínicos e medicamentos citotóxicos, aumentando o efeito xerogênio com a polifarmácia (Halpern, 2020; Veiga, 2015).

Secundariamente às alterações da função salivar provocadas pela polimedicação e doenças sistémicas como anteriormente referido, hábitos de higiene oral menos efetivos, dieta rica em açúcares, diminuição das funções motoras e o comprometimento periodontal resultando em recessão gengival, advém o aumento do risco cariogénico nesta população levando a ocorrência de cáries dentárias principalmente cáries de raiz, uma das condições patológicas mais frequentes na saúde oral da população geriátrica (Veiga, 2015).

Para além das condições da cavidade oral afetarem certas doenças sistémicas, inversamente existem também inúmeras doenças sistémicas prevalentes na população geriátrica com repercussões na cavidade oral, tais como a doença de Alzheimer, doença de Parkinson, doença cardíaca coronária, diabetes, asma e patologias hepáticas entre outras (Hung et al., 2019; Veiga, 2015).

Na população geriátrica a doença de Alzheimer e Parkinson são duas doenças sistémicas frequentes, que interferem na capacidade de higiene oral dos indivíduos, afetando a sua saúde oral. Indivíduos com doença de Parkinson são mais suscetíveis a desenvolver problemas de saúde oral com a progressão da doença, originado pela perda da função cognitiva e consequentemente a capacidade de manter uma boa higiene oral, sendo associado a esta doença presença de placa e sangramento gengival (Veiga, 2015).

Como conclusão de inúmeros estudos realizados é possível afirmar que a saúde oral é parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos. Doenças sistémicas e medicamentos prevalentes no quotidiano da população idosa, além da possível coexistência de vários fatores de risco, contribuem significativamente para o desenvolvimento de doenças orais (Kane, 2017).

Na avaliação da cavidade oral, a cavidade oral não pode ser considerada um sistema independente. O exame objetivo deve ser alargado, não podendo ser descuradas informações sistémicas globais (Veiga, 2015).

Com o aumento da população idosa mundialmente é necessário criar serviços ajustados às particularidades dos pacientes idosos, visto que as alterações fisiológicas e ou

patológicas mais frequentemente presentes nesta população afetam os tratamentos dentários. Tendo em consideração as particularidades desta população não só se iram tomar medidas adicionais nos tratamentos dentários como poderão ser detetadas certas alterações anormais na cavidade oral que poderão levar ao diagnóstico de doenças sistémicas (Veiga, 2015).

### **1.3. Autoperceção em Saúde oral**

A autoperceção em saúde é definida como a interpretação individual do estado de saúde e experiências pessoais do quotidiano, baseada nos conhecimentos e informação de saúde e doença, modificados pelo contexto social e normas culturais envolventes e pela experiência prévia de cada indivíduo (Vale et al., 2014).

Para um correto planeamento e melhoria das políticas de saúde pública para além de indicadores clínicos é essencial também avaliar a autoperceção da saúde oral individual. No que se refere á autoperceção em saúde oral esta é uma medida multidimensional influenciada por razões económicas, psicológicas e sociais que refletem a experiência subjetiva dos indivíduos sobre as condições físicas e psicossociais, determinando a frequência da procura de atendimento dentário (Carvalho et al., 2013; Vale et al., 2014). A população geriátrica apesar de ser a maior utilizadora de serviços médicos, é a que menos frequenta os serviços de Medicina Dentária (Vale et al., 2014).

Usualmente, os idosos tendem a atribuir valores positivos á sua saúde oral, apesar de apresentarem condições clínicas desfavoráveis A perceção da saúde oral na população geriátrica tende a ser alterada por condições pessoais tais como dores e incapacidade que podem levar a subestimação das condições orais (Silva & Fernandes, 2001; Haikal et al., 2011).

Vários índices, aplicados como questionários, foram criados com o objetivo de avaliar a autoperceção da saúde oral. Destes destacam-se o Oral Health Impact Profile (OHIP), o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), Oral Health-Related Quality of Life (OHRQOL) e Oral Impacts on Daily Performances (OIDP). Sendo que destes o questionário GOHAI foi criado especificamente para a população geriátrica (Carvalho et al., 2013).

Através do GOHAI, avalia-se a qualidade de vida permitindo entender a capacidade de funcionamento de um indivíduo, em toda a sua rotina e a autoperceção do seu bem-estar,

permitindo entender a condição epidemiológica da saúde oral do idoso, melhorando a decisão clínica e fornecendo melhores cuidados de saúde oral (Carvalho et al., 2013). Este instrumento é cada vez mais necessário, para reconhecer a autoperceção em saúde oral e o seu impacto na qualidade de vida dos idosos, orientando assim a criação de políticas de saúde pública como programas de prevenção, intervenção e diagnóstico, baseadas nas reais necessidades da população geriátrica (Carvalho et al., 2013).

## **2. Prestação de cuidados de saúde oral em Portugal**

O acesso a cuidados de saúde é um pilar fundamental dos sistemas de saúde. As funções que o sistema de saúde executa contribuem para o estado de saúde da população (Lourenço & Barros, 2016).

De acordo com o quadro conceptual realizado pela OMS, presente no Relatório Mundial de Saúde de 2000, os sistemas de saúde possuem múltiplos objetivos, apresentando como objetivo geral “melhorar o estado de saúde e a equidade em saúde, passando por ser recetivo em relação às necessidades das pessoas, justo financeiramente, e fazendo a utilização mais eficiente dos recursos existentes” (Lourenço & Barros, 2016).

Segundo um estudo que analisa o estado de saúde oral os hábitos de higiene oral da população portuguesa bem como as demandas da população relativamente aos serviços nacionais de saúde oral, em Portugal as doenças orais são mais prevalentes do que nos países Europeus em geral. Neste estudo foi concluído também que particularmente os indivíduos de classes sociais mais baixas e idosos são mais propensos a terem um pior estado de saúde oral e terem mais dificuldade de acesso a cuidados de saúde oral (Melo et al., 2017).

Os cuidados de saúde oral em Portugal enfrentam grandes lacunas principalmente no setor financeiro. Ao contrário de certos Países Europeus, como é o caso da Dinamarca que usufrui de certos benefícios na área da saúde oral, apresentando cuidados de saúde oral gratuitos para crianças com menos de 18 anos e pagamento de tratamentos dentários privados em adultos através de sistemas subsidiados pelo governo. Em Portugal os cuidados de saúde oral são assumidos maioritariamente pelo setor privado, sem estarem articulados ou possuírem acordo com quaisquer mecanismos de proteção financeira da população em caso de doença, e, portanto, grande parte da população portuguesa paga a percentagem total dos tratamentos dentários (Lourenço & Barros, 2016).

Segundo o 4º Inquérito Nacional de Saúde efetuado em 2005/2006, 92,1% das consultas de estomatologia/Medicina Dentária foram realizadas no setor privado (Lourenço & Barros, 2016).

De acordo com o estudo “Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status” a falta de utilização dos cuidados de saúde oral em Portugal, deve-se principalmente ao facto de a população portuguesa não sentir necessidade de utilização desses cuidados (33,3%), ou por falta de recursos financeiros (36,7%), verificando que mais de 50% da população não consulta o Médico Dentista há mais de 1 ano, podendo estar relacionado com os custos associados aos serviços privados e o fato do sistema público não oferecer serviços de saúde oral na maioria das regiões do país (Melo et al., 2017).

Em Portugal, analogamente a outros países da Europa, o acesso a programas de saúde oral tem sido direcionado unicamente a certos grupos da população, considerados de risco ou prioritários. Neste contexto, a restante população portuguesa vê-se obrigada a procurar os cuidados de saúde oferecidos maioritariamente pelo setor privado, tornando-se por vezes inacessíveis, tendo em conta as condições económicas da população (Lourenço & Barros, 2016).

### **3. Programas de saúde oral**

#### **3.1. Programa nacional de promoção da saúde oral**

Dada a necessidade feita sentir de melhoria da saúde oral em Portugal, em 2005 foi implementado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) incluído no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010. Este foi criado com o intuito de melhorar os conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral, a redução da incidência e da prevalência das doenças orais e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e adolescentes com necessidades de saúde especiais (Céu et al., 2019; ERS, 2014).

A 22 de Janeiro de 2008 o PNPSO abrangiu mais dois grupos populacionais, as grávidas seguidas no SNS e os idosos beneficiários do complemento solidário e alargou a prestação de cuidados de saúde oral a um maior número de crianças e adolescentes com o intuito de promover a saúde oral da população portuguesa ao longo do ciclo de vida (Nacional, 2010).

Em 2010, o PNPSO abrangeu os doentes infetados pelo VIH/SIDA e em 2014 passou a abranger pacientes que necessitam de intervenções precoces ao tratamento do cancro oral. O PNPSO assenta numa estrutura organizacional. A nível nacional a Direção-Geral da Saúde (DGS) surge como entidade competente pela coordenação, normalização, avaliação interna e atualização do PNPSO. A nível regional é da competência das Administrações Regionais de Saúde (ARS) que têm como função a implementação, coordenação, acompanhamento, avaliação interna e monitorização do PNPSO, na respetiva Região de Saúde (Céu et al., 2019).

O PNPSO é também suportado por uma plataforma informática fundamental para o normal funcionamento de todo o programa designada Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO), que permite o registo dos cuidados de saúde oral por parte dos profissionais de saúde, a emissão das referenciações, a adesão dos profissionais, o pagamento dos cheques dentista, a monitorização, a auditoria interna e a realização de estudo e investigações (Céu et al., 2019).

O PNPSO de 2019 encontra-se estruturado em dois eixos fundamentais, sendo eles a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças orais e a avaliação, monitorização e promoção da investigação e conhecimento e formação profissional (Céu et al., 2019).

Através do PNPSO pretende-se fundamentalmente promover a saúde oral ao longo da vida, com eficiência, equidade e universalidade, melhorando o estado de saúde oral da população através da redução das doenças orais, as quais são altamente vulneráveis às medidas de prevenção, apresentando como objetivos transversais a progressiva capacitação da população em matéria de literacia da saúde, a prevenção da doença ao longo da vida, a promoção de estilos de vida saudável e o aumento da confiança dos utentes na utilização dos cuidados de saúde oral prestados no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (Céu et al., 2019).

### **3.1.1. Cheques dentista**

A 22 de Janeiro de 2008 o PNPSO institui os cheques-dentista. Os cheques-dentista são documentos que têm como finalidade a prestação de tratamentos preventivos e curativos gratuitos efetuados por profissionais especializados contratados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) para esse fim, atribuído a pacientes ou grupos populacionais específicos (DGS, 2015; DGS, 2016).

Inicialmente os cheques-dentista abrangiam unicamente idosos beneficiários do complemento solidário e grávidas seguidas no SNS, contudo ao longo dos anos os cheques-dentista têm vindo a abranger uma vasta gama de grupos populacionais que apresentam maior vulnerabilidade às doenças orais ou que apresentem possíveis impactos futuros das doenças orais no estado geral de saúde. Atualmente estes englobam pacientes com VIH/SIDA, crianças e adolescentes com menos de 18 anos que frequentam escolas públicas, incluindo aqueles com necessidades especiais, e pacientes que necessitem de intervenção precoce devido ao cancro oral, para além dos idosos beneficiários do complemento solidário e grávidas seguidas no SNS recrutados inicialmente (Simões et al., 2018).

Com a obtenção dos cheques dentista os beneficiários têm a possibilidade de eleger o Médico Dentista entre os que aderiram ao programa e fazem parte de uma lista de profissionais disponíveis nas unidades básicas de saúde e no site da Direção Geral de Saúde (DGS) (Simões et al., 2018).

Em 2017, o PNPSO contratou 4678 Médicos Dentistas dispersos pelo território nacional, variando entre 97,7% no Norte e 89,4% na região do Alentejo, promovendo uma grande cobertura a nível nacional (Simões et al., 2018).

Os idosos beneficiários do complemento solidário têm direito a 2 cheques dentista por ano, o primeiro é atribuído a todos os idosos englobados nesse grupo e o segundo é oferecido apenas aqueles que necessitam de outros tratamentos. Os cheques dentista para os beneficiários do complemento solidário incluem no acesso aos cuidados de saúde oral, além do diagnóstico, tratamentos e preparação para eventual colocação de próteses dentárias (Lourenço & Barros, 2016).

Analisando os dados referentes ao Estudo Nacional da Prevalência da cárie dentária realizado em 2000 o índice de CPOD, aos 12 anos de idade, era de 2.95, no Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais realizado em 2006 o índice de CPOD, aos 12 anos era de 1.48 e no III Estudo Epidemiológico Nacional das Doenças Orais em 2013 o índice de CPOD era de 1.18, o que representa uma diminuição de 20% entre 2006 e 2013. Este último estudo realizado, pela primeira vez, abrangeu os grupos populacionais de 18 anos, entre os 35-44 anos e os 65-74 anos de idade. Comparando os resultados dos 3 estudos realizados pode-se verificar uma diminuição do índice de CPOD ao longo dos anos, alcançando Portugal a meta definida pela WHO para 2020 de ter um índice de CPOD abaixo de 1.5 aos 12 anos de idade (DGS, 2015).

Todavia, os cheques dentista apresentam algumas lacunas relativamente aos grupos alvo selecionados e o seu nível de acesso ao programa que poderá motivar debates. Apesar dos cheques dentista englobarem os grupos mais vulneráveis da população, este exclui vários utentes com potencial fora do alcance dos programas, tais como crianças e adolescentes que frequentam escolas privadas e idosos que recebem pensões baixas, mas não tão baixas para que sejam beneficiários do complemento solidário. O acesso aos cheques dentista também se realiza de modo diferente entre os grupos dos pacientes. Enquanto as crianças e adolescentes têm o seu cheque dentista emitido automaticamente nas unidades básicas de saúde, sem necessidade de encaminhamento do seu médico de família, e também distribuídos em escolas públicas, todos os outros grupos devem ser encaminhados pelo seu médico de família (Simões et al., 2018).

A cobertura dos cheques dentista teve variações ao nível das populações-alvo. Enquanto as crianças e os adolescentes têm uma cobertura de 95% e as grávidas de 63%, entre os 175306 idosos que recebem benefícios sociais em 2017, apenas 6081 receberam o cheque dentista, dando uma cobertura de somente 3,5% (Simões et al., 2018).

Relativamente ao número de idosos que usam o cheque dentista entre os que o recebem de acordo com o estudo realizado entre 2008 e 2017, atingiu o seu pico em 2011 com 81,6% e tem-se mantido estável até 2017 (Simões et al., 2018).

De acordo com o artigo publicado no *Health Policy Journal*, que avalia os 10 anos de cheque dentista depois da sua criação, uma das possíveis razões para os idosos beneficiadores do complemento solidário terem uma cobertura tão baixa (3,5%) comparativamente com outros grupos alvo seria não estarem cientes do seu direito a receber o cheque dentista, visto também apresentarem um nível de escolaridade reduzido (Simões et al., 2018).

Finalmente é importante observar que grávidas, crianças e adolescentes são grupos ao alcance dos serviços de saúde, enquanto idosos que recebem benefícios sociais e pacientes com HIV podem não divulgar sua condição ao médico de família, e portanto podem não ser oferecidos os cheques dentista a que têm direito (Simões et al., 2018).

### **3.1.2. Projeto saúde oral nos cuidados de saúde primários do SNS**

Em 2016, no âmbito do PNPSO o Ministério da Saúde criou o Projeto Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários do SNS. Este projeto consiste no acesso a consultas de

saúde oral nas unidades de saúde do SNS, tendo sido desenvolvido de forma faseada, através de experiências piloto (Humberto, 2018).

Com a implementação do projeto e o decorrer da experiências piloto, garantiu se acesso a mais de 36 mil utentes do SNS a cuidados de saúde oral, realizando-se mais de 85 mil consultas nos cuidados de saúde primários (Humberto, 2018).

Atendendo aos resultados obtidos com as experiências piloto realizadas no âmbito do projeto saúde oral nos cuidados de saúde primários do SNS, o SNS definiu como objetivos principais para 2020 no despacho Despacho n.º 8861-A/2018 a promoção e equidade na prestação de serviços de saúde oral, melhorando e aumentando a cobertura dos serviços de saúde oral nos cuidados de saúde primários, expandindo-os a todos os municípios do país, garantir respostas de saúde oral nos cuidados de saúde primários aos tratamentos considerados necessários, excluindo intervenções exclusivamente estéticas, promover uma integração dos cuidados de saúde oral no seio da equipa de saúde familiar, criar ações de formação a nível nacional, regional e local e ações de promoção da saúde oral e prevenção das doenças da cavidade oral e promover e incentivar a investigação em saúde oral (Humberto, 2018).

### **3.2. Benefícios adicionais de saúde (BAS)**

Os benefícios adicionais de saúde foram criados em 2007, através do Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho. Estes são apoios do Estado, que reduzem as despesas de saúde destinados a idosos que recebem o complemento solidário (Lourenço & Barros, 2016).

No contexto da saúde oral, estes permitem promover a reabilitação protética, através do reembolso financeira de 75% da despesa da aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis. Funcionando por períodos de 3 em 3 anos, recebendo no máximo 250 euros por cada período, podendo ser pedido esse reembolso no Centro de Saúde no prazo de 180 dias (6 meses) após a despesa (Lourenço & Barros, 2016).

## **4. Determinantes de saúde oral**

Em 1970 foi introduzido o termo “determinantes de saúde”, referindo-se a certos fatores que afetam ou determinam a saúde dos indivíduos e das populações, os quais têm vindo a ser cada vez mais estudados, sendo fundamentais na elaboração de estratégias de saúde pública com a finalidade de criar equidade na saúde oral (Lawrence, 2014).



O termo “determinantes de saúde” não implica uma relação causa-efeito entre um fator de risco e um estado de saúde, visto que o estado de saúde é o resultado de vários fatores, tais como fatores biológicos, genéticos, fatores relacionados à influência das estruturas da sociedade e suas políticas e o estilo de vida individual (Lawrence, 2014).

Em 2012 a OMS subdividiu esses determinantes em três tipos, sendo eles, sociais e económicos, relacionados com o comportamento individual e com o ambiente físico (Almeida, 2016).

#### **4.1. Determinantes sociais**

De acordo com a OMS os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Sendo considerados os principais determinantes responsáveis pelas iniquidades em saúde. Estes envolvem aspetos económicos, sociais, culturais, psicológicos e comportamentais, étnicos/raciais, e comprometem fatores como rendimento, educação, transportes, trabalho, habitação, cultura, dificuldades de acesso aos serviços de saúde entre outros fatores (Carvalho, 2013; Silva et al., 2019).

As persistências feitas sentir nas posições socioeconómicas ao longo do tempo nas comunidades e o evidente aumento das desigualdades nos últimos anos, apesar das melhorias na saúde em geral, tornam mais importante o estudo dos efeitos dos determinantes sociais na saúde individual e coletiva (Silva et al., 2019).

Em 2005 foi estabelecida a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) pelo antigo Diretor Geral da OMS, JW Lee, para estabelecer ações à escala global sobre os DSS, com a finalidade de alcançar a meta da igualdade na saúde. Esta comissão ficou encarregue de recolher, estruturar e sintetizar novas informações e conhecimentos relativamente às relações entre os determinantes sociais e o seu impacto nas desigualdades em saúde e de criar recomendações para a criação de políticas e programas de saúde com a finalidade de combater essas desigualdades nas sociedades (OMS, 2010).

Dada a necessidade verificada no estudo dos DSS, a OMS elaborou um relatório que nele contém um modelo teórico descrevendo os principais determinantes sociais da saúde, as suas relações e interações e os mecanismos envolvidos que geram iniquidades na saúde da população, apresentando como diferencial de outros modelos teóricos a inclusão dos serviços de saúde como um importante determinante de saúde (OMS, 2010).

Nesse modelo apresentado na fig.1, pode-se verificar como mecanismos económicos, sociais e políticos originam um conjunto de posições socioeconómicas. Fatores como a

educação, raça/etnia, ocupação, renda, género entre outros, são os responsáveis pela estratificação das populações. Essas mesmas posições socioeconómicas vão moldar determinantes específicos do estado de saúde, denominados determinantes intermédios, sendo estes constituídos pelas circunstâncias psicossociais, materiais e os fatores comportamentais e ou biológicos, os quais determinam as diferenças de vulnerabilidade e de exposição a condições prejudiciais para a saúde. Ou seja, os determinantes estruturais atuam por meio dos determinantes intermediários para originar desfechos na saúde (OMS, 2010).



Figura 1- Modelo teórico dos determinantes sociais da saúde. Fonte: Adaptado de "A conceptual framework for action on the social determinants of health"

As iniquidades em saúde decorrem de padrões de estratificação pela distribuição desigual do poder, prestígio e recursos entre grupos da sociedade (OMS, 2010).

Em saúde oral, vários estudos têm sido desenvolvidos relativamente a associações entre determinantes sociais de saúde e o estado de saúde oral dos indivíduos e das comunidades. Certos determinantes de saúde como é o caso da educação, nível socioeconómico e rendimento são fatores que influenciam tanto a saúde geral como a saúde oral dos indivíduos e da própria comunidade (Movahhed et al., 2015).

Segundo dados epidemiológicos, as doenças orais são mais prevalentes em populações de baixo nível socioeconómico. Consequentemente ao baixo rendimento, muitas famílias têm dificuldades em aceder, não só a cuidados dentários devido ao seu alto custo, como

também a ter uma dieta nutritiva. Golkari et al. (2016), demonstrou que indivíduos com baixos níveis socioeconómicos apresentaram maior inflamação gengival e o nível médio de placa dentária diminui com o aumento do nível socioeconómico, refletindo a higiene dentária precária feita sentir nas zonas mais pobres (Fiorillo, 2019).

O nível educacional também apresenta uma associação com a saúde oral. Segundo Movahhed et al. (2015) existe uma forte associação entre o maior nível de escolaridade e a presença de dentição funcional, verificando-se que, o baixo nível educacional tem um papel importante na prevalência de perda dentária.

Relativamente á distribuição geográfica, estudos comprovam que o fato de indivíduos residirem em áreas rurais está associado a baixos níveis socioeconómicos, nível de educação mais baixo e a um menor acesso a cuidados de saúde oral, sendo, portanto, estes mais suscetíveis a deter doenças orais (Montandon et al., 2019; Giacaman et al., 2015).

Assim sendo, torna-se fundamental a criação de ações para combater as causas sociais, económicas e políticas subjacentes às desigualdades em saúde oral. Intervenções nesse contexto são fundamentais para que as comunidades sejam equitativas, sendo que os tratamentos dentários e a prevenção clínica, por si só, não são suficientes para reduzir as desigualdades em saúde oral, podendo até levar a um aumento dessas desigualdades (Watt et al., 2015).

#### **4.2. Comportamentos em saúde oral**

Os comportamentos de saúde são descritos como sendo qualquer ação desenvolvida pelas pessoas, com o intuito de manter, promover e proteger a saúde e prevenir o surgimento de doenças. Esses podem ser influenciados principalmente pelas atitudes, conhecimentos, valores, crenças, estatuto socioeconómico, influência de amigos, familiares e até mesmo pelos profissionais de saúde (Sousa, 2017).

Os comportamentos em saúde têm vindo a ser particularmente estudados sendo considerados os determinantes mais facilmente modificáveis em saúde oral. Certos comportamentos de saúde comprometedores desempenham um papel no aumento do risco de desenvolvimento de doenças. Por exemplo em saúde oral, os fatores de natureza comportamental como por exemplo os hábitos de higiene oral como a escovagem e utilização de fio dentário, as visitas ao Médico Dentista, o consumo de álcool e tabaco e

os hábitos alimentares exercem um papel importante no aumento do risco de cárie dentária (Sousa, 2017; Watt et al., 2015).

Estudos têm demonstrado que os comportamentos associados à saúde não são necessariamente determinados por livre escolha, sendo afetados em larga escala pelas relações pessoais do ambiente social envolvente (Watt et al., 2015).

Outrora, as campanhas de promoção da saúde oral direcionavam os seus esforços na educação para a saúde com o objetivo de alterar os comportamentos indivíduos, no entanto estas não foram muito bem-sucedidas, visto que o ambiente social e económico em que cada indivíduo trabalha e vive permanece igual. Visto que as diferenças em saúde oral entre grupos da sociedade são causadas não apenas por características individuais, mas também pelas influências da sociedade envolvente, hoje em dia as intervenções na promoção da saúde oral têm-se focado também na diminuição das desigualdades socioeconómicas da população (Watt et al., 2015).

#### **4.3. Perspetiva do curso de vida**

A perspetiva do curso de vida baseia-se na hipótese de que o estado de saúde individual seja modelado pelo contexto social e pelas condições materiais ao longo da vida, e não apenas pelas circunstâncias atuais, ou seja referencia como os determinantes sociais de saúde, atuam em todos os níveis de desenvolvimento (Barata, 2005; Watt et al., 2015).

A perspetiva do curso de vida é uma peça importante na explicação de como as desigualdades em saúde são criadas. Particularmente, as experiências de infância são essenciais na criação de bases para a posterior saúde adulta (Watt & Sheiham, 2012).

Relativamente à epidemiologia do curso de vida esta é definida como o estudo dos efeitos a longo prazo das exposições sociais e físicas sobre a saúde ou o risco de doenças durante a gestação, infância, adolescência, idade adulta jovem e mais tarde na vida adulta. O objetivo desta passa por verificar como aspetos comportamentais, biológicos, processos psicossociais atuam no ciclo de vida de um indivíduo, ou através de gerações e influenciam o desenvolvimento do risco de doenças (Ben-Shlomo et al., 2014).

Tanto as condições sociais adversas como as circunstâncias presenciadas no início de vida afetam a saúde do adulto em certos pontos críticos do ciclo de vida até mesmo nas gerações subjacentes (Watt et al., 2015).

As doenças orais são progressivas, cumulativas e altamente prevalentes. Estas são reconhecidas pela expressão da interação de fatores biológicos e sociais, sendo por isso fundamental estudar as doenças orais na visão de um ciclo de vida (Watt et al., 2015).

Algumas doenças orais, como é o caso da doença periodontal e a cárie dentária têm um longo período de desenvolvimento, ou seja, primeiro ocorre a exposição depois inicia-se a doença e só depois ocorre o reconhecimento clínico, sugerindo que as exposições no início da vida desempenham um papel no início do processo das doenças antes mesmo desta ser reconhecida clinicamente (Nicolau et al., 2007).

Existem alguns estudos que comprovam que as experiências de doenças anteriores, os fatores socioeconómicos e os comportamentos relacionados á saúde oral no início de vida desempenham um papel importante em termos de resultados de saúde oral até ao meio da idade adulta. Por exemplo, Psoter em 2005 realizou um estudo em que conclui que a desnutrição no início da vida está associada a hipoplasia do esmalte que por sua vez, está associado a um risco maior de cárie dentária na primeira dentição (Watt et al., 2015)

O propósito de uma abordagem de curso de vida é estudar a contribuição dos fatores do início da vida em conjunto com fatores posteriores para identificar o risco e criar processos de proteção ao longo da vida (Ben-Shlomo et al., 2014).



### **III. Materiais e Métodos**

#### **1. Caracterização do estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal.

#### **2. Objetivos**

Determinar a autoperceção, os comportamentos e conhecimentos em saúde oral, avaliar o uso e necessidade de prótese dentária, presença de dentes, o Índice CPOD, IP e IG e analisar a associação entre estes e o fator sociodemográfico, área de residência.

#### **3. Considerações éticas**

Este estudo, previamente à sua realização, foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz.

Previamente à recolha de dados, cada participante recebeu informações orais e escritas sobre os objetivos e procedimentos do estudo, riscos possíveis e os benefícios esperados com a sua realização e posteriormente realizou-se a assinatura voluntária do consentimento informado. Relativamente à confidencialidade dos dados, cada participante foi identificado com um número específico, de forma a manter o anonimato quanto à sua identificação, sendo estes apenas empregues com finalidade estatística.

#### **4. Local do estudo**

O estudo foi realizado nas instalações do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova e Residência Sénior AFID Geração, os quais, representaram neste estudo o meio rural e o meio urbano, respetivamente. O lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova (Meio rural) fica situado na freguesia de Proença-a-Nova e Peral, no concelho de Proença-a-Nova, distrito de Castelo Branco. Proença-a-Nova é uma vila portuguesa situado na sub-região da Beira Baixa, na qual residem 4295 habitantes. Já a Residência Sénior AFID Geração (Meio urbano) fica situada na freguesia de Alfragide,

concelho da Amadora, distrito de Lisboa. Alfragide é uma freguesia portuguesa, na qual residem 17044 habitantes, situada a norte da área metropolitana de Lisboa.

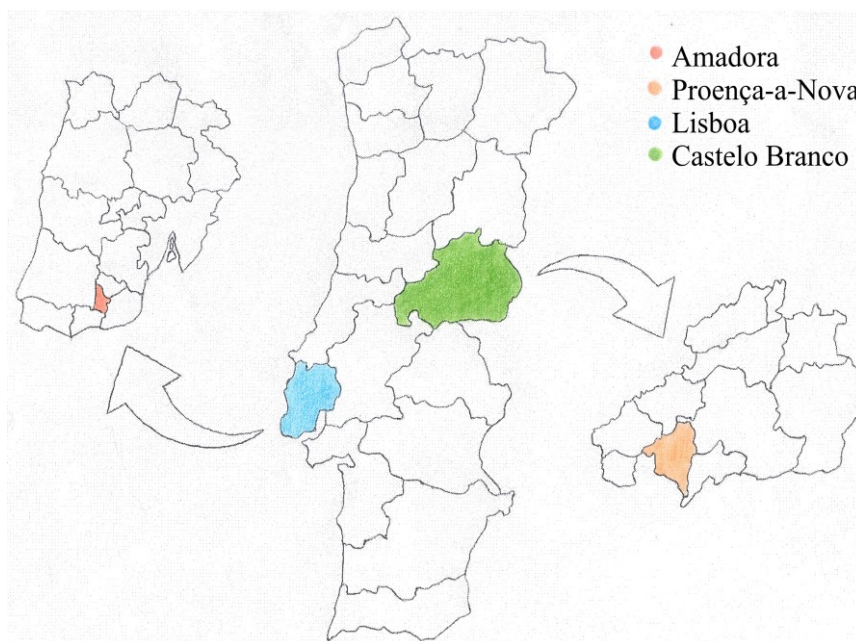


Figura 2- Esboço da localização geográfica das instituições em estudo

## 5. Amostra

Na recolha de dados foram incluídos no estudo todos os idosos de ambos os géneros com idade igual ou superior a 65 anos, residentes no lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova e Residência Sénior AFID Geração com capacidade cognitiva para compreender as perguntas estabelecidas e assinatura voluntária do consentimento, para participação no estudo proposto, e excluídos todos os idosos que recusem a sua participação no estudo e que não se enquadrem nos critérios de inclusão estabelecidos anteriormente.

## 6. Instrumentos

Os dados foram recolhidos através da aplicação de dois questionários e um exame clínico. O primeiro questionário era constituído por 26 questões relacionadas com características sociodemográficas, hábitos de higiene oral, utilização de serviços de saúde oral, seguros de saúde e cheque dentista e utilização ou necessidade de utilização de próteses dentárias.



O segundo questionário avaliava a autopercepção em saúde oral através da aplicação da versão portuguesa do GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index).

No exame intraoral analisou-se o Índice CPOD, a presença de dentes, o Índice de Placa e o Índice Gengival.

### **6.1. GOHAI**

Em 1990, Atchison e Dolan criaram o questionário GOHAI, com a finalidade de avaliar a autopercepção da saúde oral. Dada a sua utilização a nível mundial, em 2013, ocorreu a tradução e validação da versão portuguesa do GOHAI, a qual foi publicada na Revista Portuguesa de Saúde Pública (Carvalho et al., 2013).

O questionário GOHAI é constituído por 12 questões de autoavaliação. Estas, referem-se à influência dos problemas de saúde oral nas dimensões dor ou desconforto, física e psicossocial. A dor ou desconforto menciona a utilização de medicação para o alívio da dor ou desconforto, a função física é exibida pelo padrão de fala, deglutição e mastigação e a função psicossocial é caracterizada pela preocupação com a saúde oral, evitar o contacto social por causa de problemas orais, autoconsciência sobre a saúde oral e o contentamento com a aparência (Carvalho et al., 2013).

As opções de resposta a cada questão sugerida pelos autores têm 3 categorias (sempre; algumas vezes e nunca) com valores de 1 a 3 respetivamente, que são somados no final, obtendo uma escala de 12 a 36 para obtenção do índice final. De acordo com o estipulado por Atchison e Dolan (1990) para escala simplificada, dependendo da escala, se a pontuação for de 34 a 36 pontos a autopercepção é considerada elevada, se for de 30 a 33 pontos é moderada e se for menor que 30 pontos é baixa (Carvalho et al., 2013).

### **6.2. Índice CPOD**

O índice CPOD, concebido por Klein e Palmer em 1937, é usualmente utilizado em estudos epidemiológicos com a finalidade de avaliar a prevalência de cárie dentária. Este consiste na média da soma do número de dentes permanentes cariados, obturados e perdidos por cárie divididos pela soma da população em estudo (Netto & Chicon, 2020).

No cálculo do índice de CPOD, segundo os critérios criados pela OMS, (2013) cada dente é registado com uma pontuação (0 a 9) como observado na tabela 1. No índice CPOD, a

componente P (Perdidos) inclui os dentes codificados 4 em indivíduos com menos de 30 anos e os dentes codificados 4 ou 5 em indivíduos com 30 anos ou mais, o qual foi aplicado neste estudo devido a idade mínima observada ser 65 anos, a componentes C (Cariados) inclui todos os dentes com código 1 ou 2 e a componente O (Obturados) inclui apenas os dentes com código 3. O código 6 e 7 não são incluídos no cálculo do índice CPOD.

Tabela 1- Códigos do Índice CPOD

Código	Interpretação clínica
0	Dente hígido
1	Dente cariado
2	Dente restaurado com cárie
3	Dente restaurado sem cárie
4	Dente ausente por cárie
5	Dente ausente por outro motivo
6	Dente com presença de selante de fissuras
7	Prótese ou implante
8	Dente não erupcionado
9	Não registrado

### **6.3. Índice de Placa e Índice Gengival**

No exame intra oral foi analisado o índice de placa e o índice gengival através da passagem da sonda exploradora no terço cervical de todos os dentes em quatro localizações (Mesial, Distal, Palatino/Lingual e Vestibular) de forma a avaliar a presença de placa bacteriana e sangramento gengival. Desta forma, calculou-se o índice de placa a partir do total de localizações com placa vezes 100, dividido pelo número total de superfícies analisadas e o índice gengival pelo número de superfícies que apresentaram sangramento gengival vezes 100, dividido pelo número total de superfícies analisadas (Animo & Bay, 1975).

## 7. Recolha de dados

Os dados foram coletados por meio da aplicação de dois questionários e um exame clínico, ambos realizados por um examinador nas próprias instalações do lar de idosos da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova e da residência sénior AFID Geração, numa sala disponibilizada para esse fim.

A recolha de dados seguiu um roteiro procedimental. Numa primeira fase procedeu-se á identificação do participante, transmissão de informações relativas aos objetivos do estudo e dos procedimentos a realizar e assinatura ou recolha de impressão digital nos consentimentos informados por parte dos participantes. Posteriormente procedeu-se á aplicação dos dois questionários, através de uma entrevista direta ao idoso, preenchidos pelo examinador em formato papel, e por fim a realização do exame clínico.

Dada a situação feita sentir por todo o país causada pela pandemia por COVID-19 e sendo a população em estudo um dos grupos de maior risco de doença grave por COVID-19, as medidas de proteção foram reajustadas de forma a proteger esta população mais suscetível a esta pandemia. Desta forma, a recolha de dados foi realizada apenas por um examinador, testado para a COVID-19. No dia da recolha de dados, foi utilizado equipamento específico: fato de proteção integral impermeável/resistente a fluidos, de manga comprida, avental descartável sobre a farda de uso clínico, proteção ocular (óculos e viseira de abertura inferior), luvas descartáveis não esterilizadas, máscara com válvula FFP2 (N95), calçado clínico, cobre botas e touca.



- 1- Fato de proteção integral impermeável
- 2- Luvas descartáveis
- 3- Máscara N95
- 4- Farda de uso clínico
- 5- Cobre botas
- 6- Touca

Figura 3- Equipamento de proteção individual

## **8. Análise estatística**

Os dados obtidos foram guardados e organizados numa base de dados do software Office Excel 2019 e a análise estatística foi realizada no programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Foi realizada uma análise descritiva dos resultados obtidos e posteriormente a comparação de resultados entre os dois grupos populacionais em estudo (Meio rural vs Meio urbano) em função da variável, Índice CPOD e GOHAI, através do teste não paramétrico de Mann Whitney, com a finalidade de verificar diferenças significativas de médias entre os grupos analisados, sendo utilizado um nível de significância (sig) de 0,05.

#### IV. Resultados

##### 1. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 102 idosos, dos quais, 50 idosos residentes na Residência Sênior AFID Geração e 52 idosos residentes no Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova. No Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova, 39 idosos eram do sexo feminino (73,6%) e 14 eram do sexo masculino (26,4%) (Gráfico 1). Já na Residência Sênior AFID Geração, 33 eram do sexo feminino (67,3) e 16 eram do sexo masculino (32,7) (Gráfico 2). Relativamente á idade, neste estudo e de acordo com os critérios de inclusão a idade mínima estabelecida foi 65 anos, apresentando os participantes idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos, sendo a faixa etária mais prevalente, a de 80 a 89 anos em ambas as regiões (Gráfico 3 e 4).

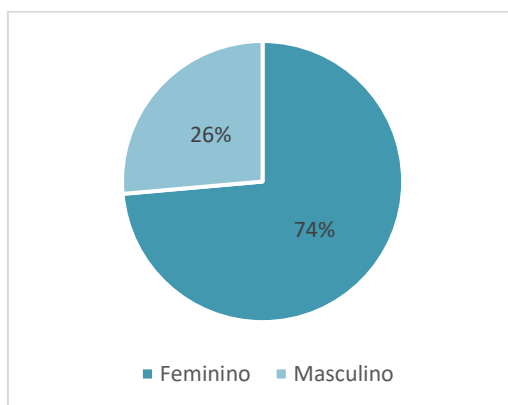


Gráfico 1- Distribuição da amostra do Lar da Santa da Misericórdia de Proença-a-Nova por Género

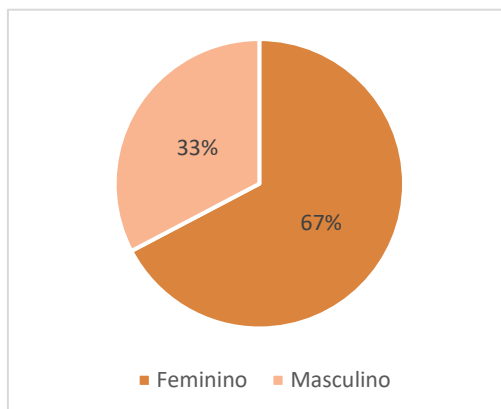


Gráfico 2- Distribuição da amostra da Residência Sênior AFID Geração por Género

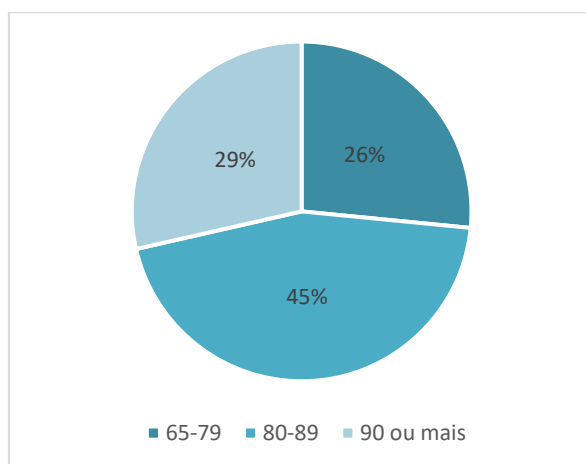


Gráfico 3- Distribuição da amostra do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova por Faixa Etária

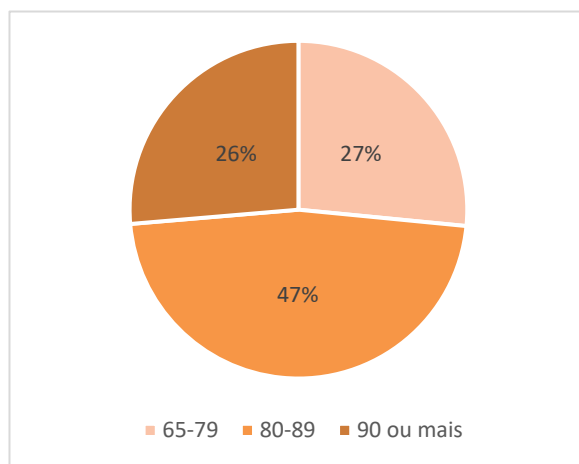


Gráfico 4- Distribuição da amostra da Residência Sénior AFID Geração por Faixa Etária

Como representado nos gráficos 5 e 6, relativamente ao estado civil dos participantes, mais de metade da amostra são viúvos, tanto no meio rural (60%), como no meio urbano (55%), seguindo-se por ordem decrescente os que são solteiros, casados e por último divorciados. No que se refere ao rendimento, pode-se observar que a amostra representativa do meio urbano apresenta melhores condições económicas, apresentando 53% dos participantes a receber o ordenado mínimo, enquanto no meio urbano apenas 23% da amostra recebe o ordenado mínimo e a restante amostra, recebe menos que o ordenado mínimo (77%) (Gráficos 7 e 8).

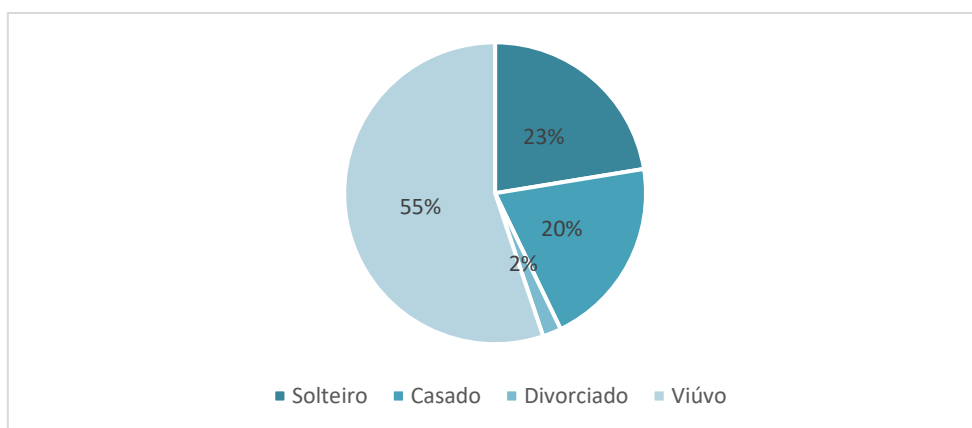


Gráfico 5- Distribuição da amostra da Residência Sênior AFID Geração por Estado Civil

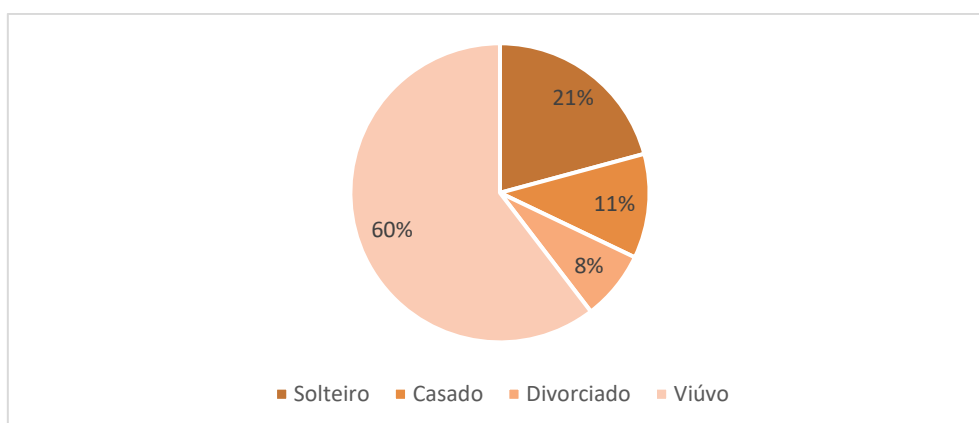


Gráfico 6- Distribuição da amostra do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova por Estado Civil

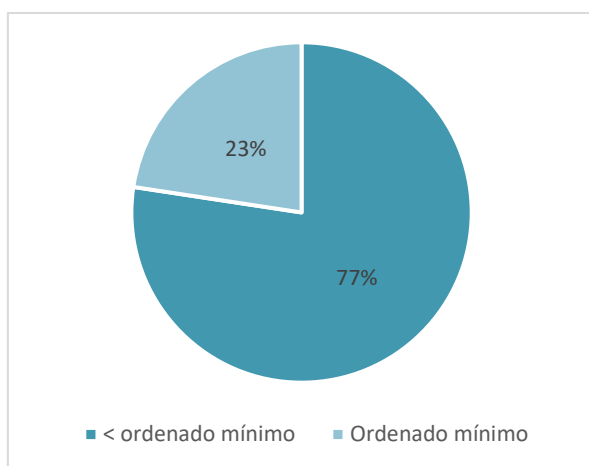


Gráfico 8- Distribuição da amostra do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova por Rendimento

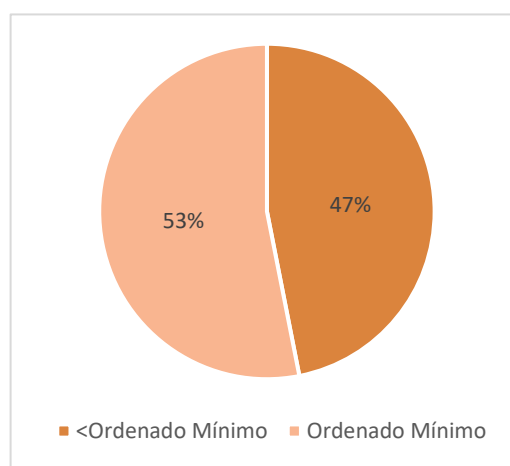


Gráfico 7- Distribuição da amostra da Residência Sênior AFID Geração por Rendimento

Relativamente ao nível de escolaridade, pode-se verificar que o meio rural apresenta maior percentagem de indivíduos com o nível de escolaridade baixo, sendo que 17% da amostra é analfabeta, 34% só sabe ler e escrever, sendo o nível mais elevado de escolaridade apresentado o 7º ano (9%), enquanto que no meio urbano a percentagem de analfabetos é muito baixa (2%) e o nível mais elevado de escolaridade é um curso superior. No meio rural 40% dos idosos apresenta o 4º ano e no meio urbano 70%, sendo o 4º ano o nível de escolaridade mais prevalente em ambos os meios (Gráfico 9 e 10).

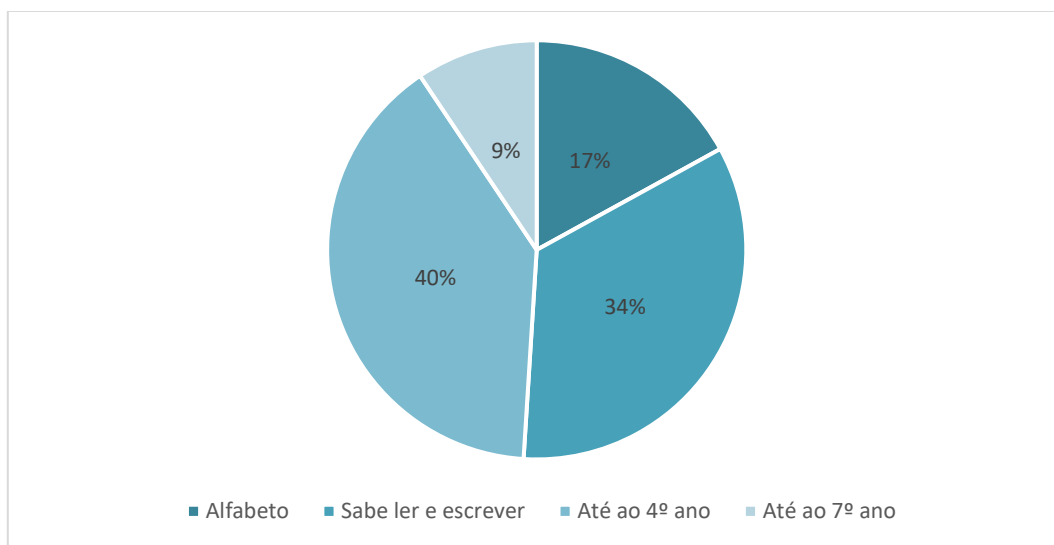


Gráfico 9- Distribuição da amostra do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova por Nível de escolaridade

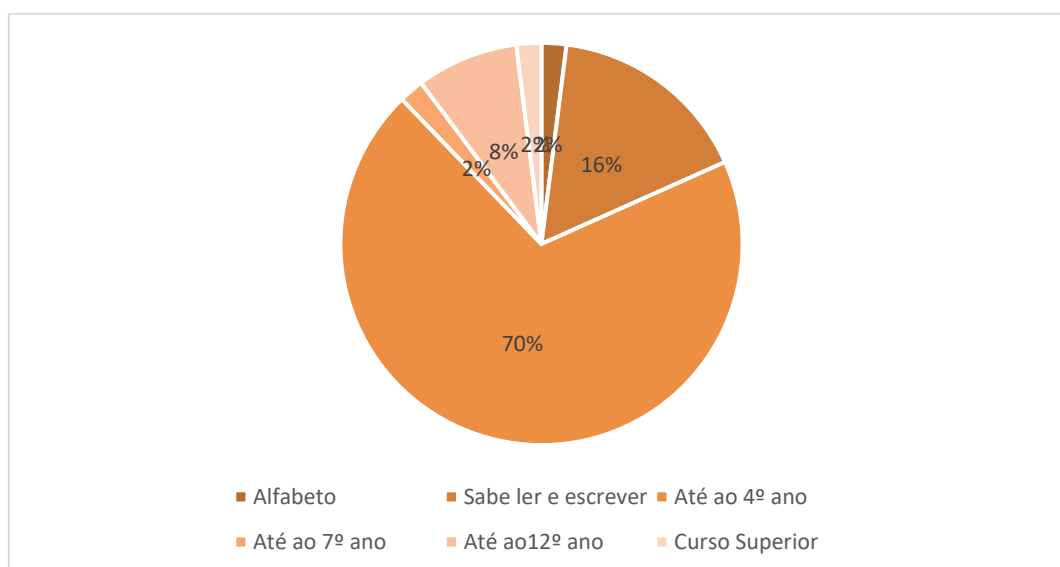


Gráfico 10- Distribuição da amostra da Residência Sênior AFID Geração por Nível de escolaridade



## 2. Hábitos de higiene oral

Analisando os resultados presentes no gráfico 11, observa-se que cerca de 77,6% dos indivíduos (n=38) do meio urbano escovam todos os dias os dentes e/ou próteses, havendo uma percentagem ligeiramente maior de indivíduos comparativamente ao meio rural que apresenta 66,1% (n=35). Relativamente á importância da escovagem no meio rural 83% (n=44) acha importante e no meio urbano 81,6% (n=40) (Gráfico12).

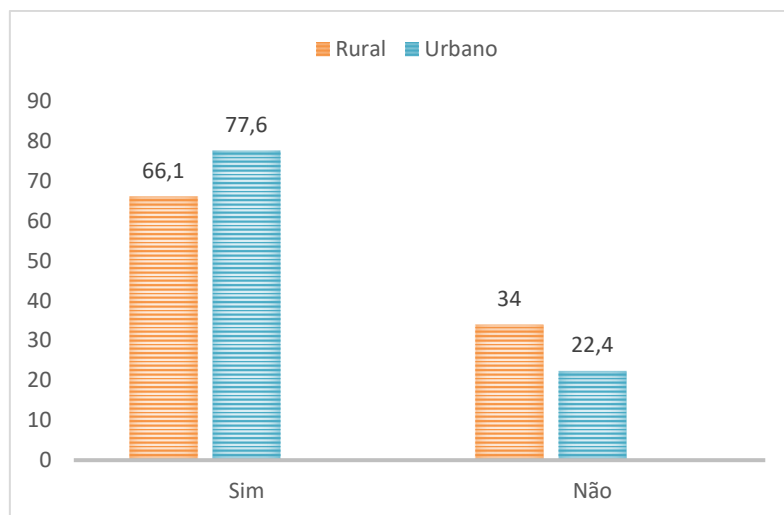


Gráfico 11- Distribuição da amostra por escovagem dos dentes todos os dias por meio de residência

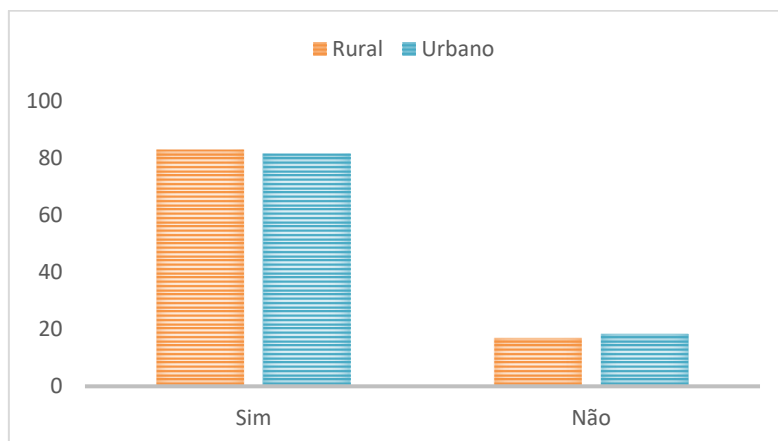


Gráfico 12- - Importância de escovagem distribuído por meio de residência

Os hábitos de escovagem apresentam valores decrescentes relativamente ao aumento da frequência diária. A frequência de escovagem 1 vez por dia, foi de 48,6% (n=17) no meio rural e 44,7% (n=17) no meio urbano, sendo a variável com maior percentagem, enquanto que a frequência de escovagem mais de 3 vezes ao dia foi a que apresentou menor percentagem com 2,9% (n=1) no meio rural e 2,6% (n=1) no meio urbano (Gráfico13).

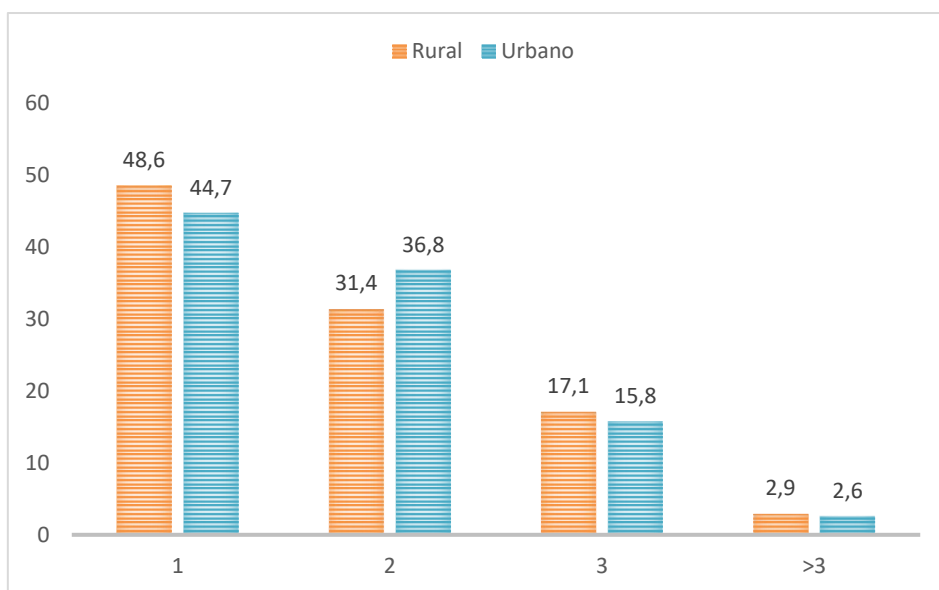


Gráfico 13- Frequência de escovagem distribuída por meio de residência

Dos indivíduos que não escovam os dentes todos os dias, em ambas as áreas geográficas a opção mais escolhida foi “não sente necessidade” e “preguiça” com 36,8% (n=7) em ambas as opções no meio rural e 45,5% (n=5) e 27,3% (n=3), respectivamente, no meio urbano. Comparativamente entre ambas as localizações, observou-se uma maior percentagem com 18,2% (n=2) no meio urbano por esquecimento e 15,8% (n=3) no meio rural por não sentir necessidade pela ausência total de dentes (Gráfico 14).

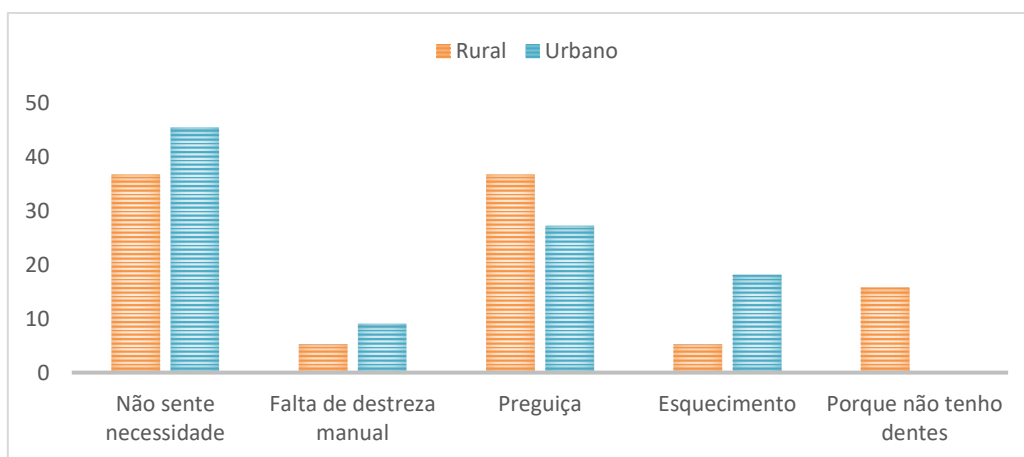


Gráfico 14- Motivo de não escovar os dentes todos os dias distribuído por meio de residência

Quanto á utilização de um meio complementar á escovagem a maior percentagem concentrou-se na opção “não”, com 96,2% (n=51) no meio rural e 73,5% no meio urbano, verificando-se um aumento da utilização de meio complementar á escovagem no meio urbano (Gráfico 15).

No que se refere á questão “Com que idade teve a sua primeira escova de dentes”, no meio rural apresenta-se uma maior percentagem (37,8%) entre os 21 e 30 anos e no meio urbano a maior percentagem (69,5%) entre os 5 e os 10 anos (Gráfico 16).

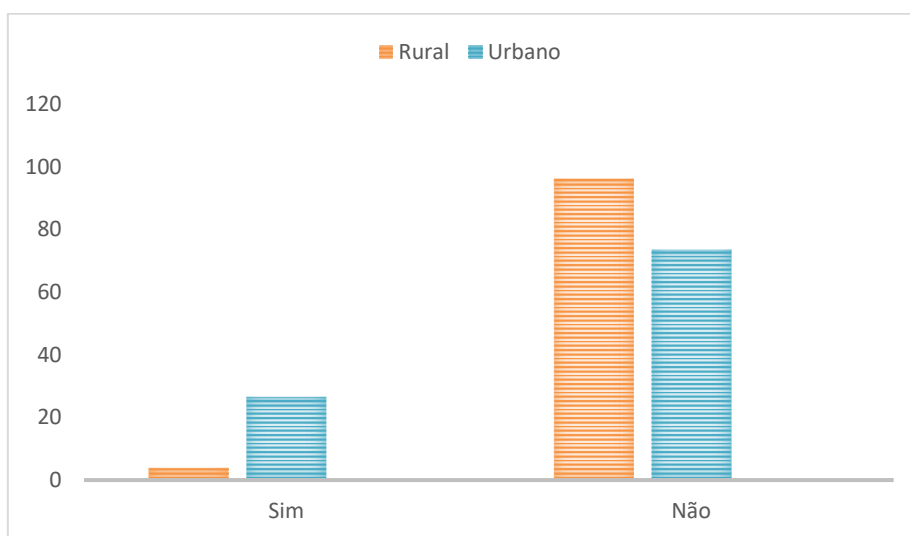


Gráfico 15- Utilização de meio complementar á escovagem por meio de residência

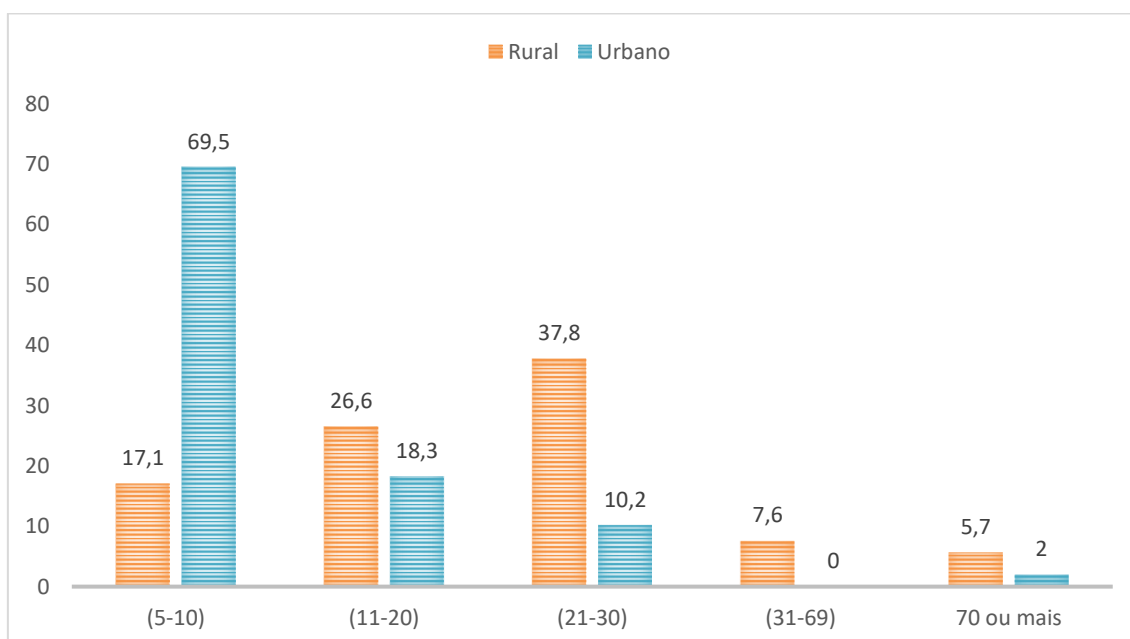


Gráfico 16- Idade de aquisição da primeira escova de dentes distribuído por meio de residência

### 3. Utilização de serviços de saúde oral

Relativamente á análise da utilização dos serviços de saúde oral nesta amostra, em ambas as regiões a última consulta no Médico Dentista foi predominantemente há mais de 1 ano, no meio rural, 86,3% (n=44) e 91,8% (n=45) no meio urbano (Gráfico 17). Sendo o principal motivo, dor, depois problemas com a prótese e confecção de prótese dentária com 57,1%, 24,5% e 6,1%, respetivamente no meio rural e 47,1%, 33,3% e 13,7% no meio urbano (Gráfico 18).

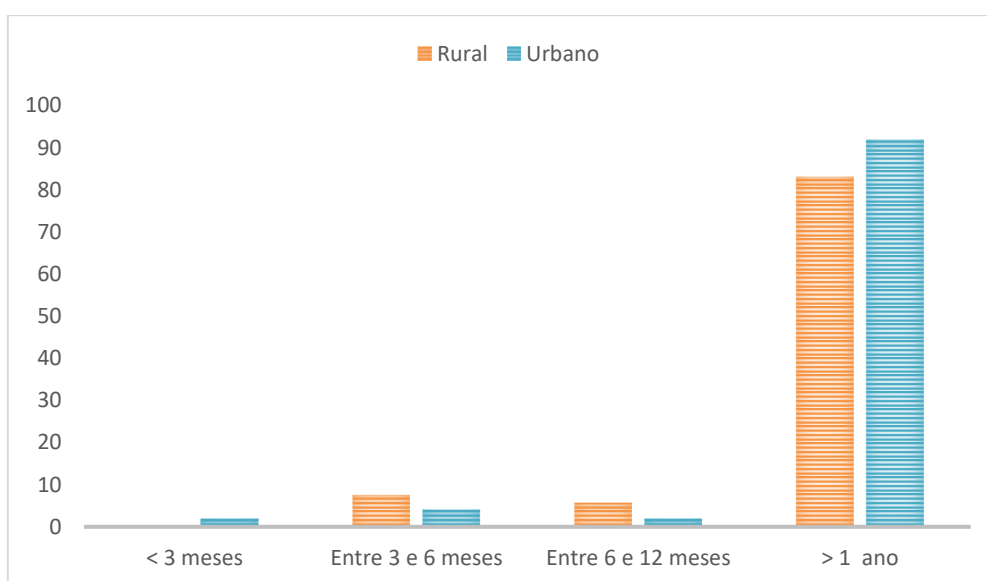


Gráfico 17- Última visita ao Médico Dentista distribuída por meio de residência

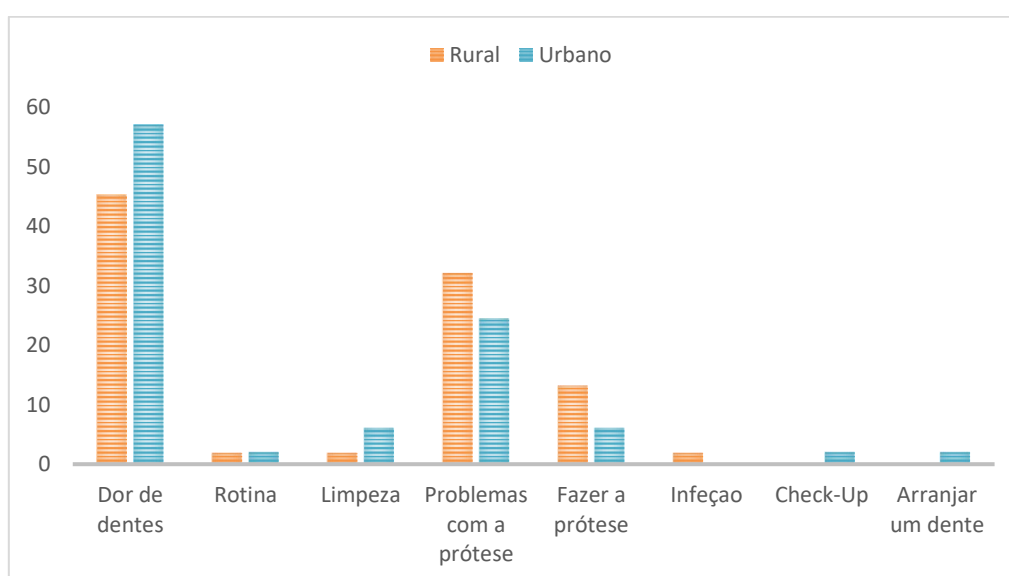


Gráfico 18- Motivo da última consulta no Médico Dentista distribuído por meio de residência

No que se refere á questão “Com que idade foi a primeira consulta no Médico Dentista”, em ambas as regiões, a maior percentagem ocorreu entre os 20 e os 40 anos. No meio rural, 18,9% (n=10) foram ao dentista pela primeira vez dos 10 aos 20 anos, 52,8% (n=28) dos 20 aos 40 anos, 20,8% (n=11) dos 40 aos 60 anos, 3,8% (n=2) aos 60 anos ou mais e 3,8% (n=2) nunca foram. Já no meio urbano, 2% (n=1) foram ao dentista com menos de 10 anos, 30,6 (n=15) dos 10 aos 20 anos, 59,2% (n=28) dos 20 aos 40 anos e 8,2% (n=4) dos 40 aos 60 anos (Gráfico 19).

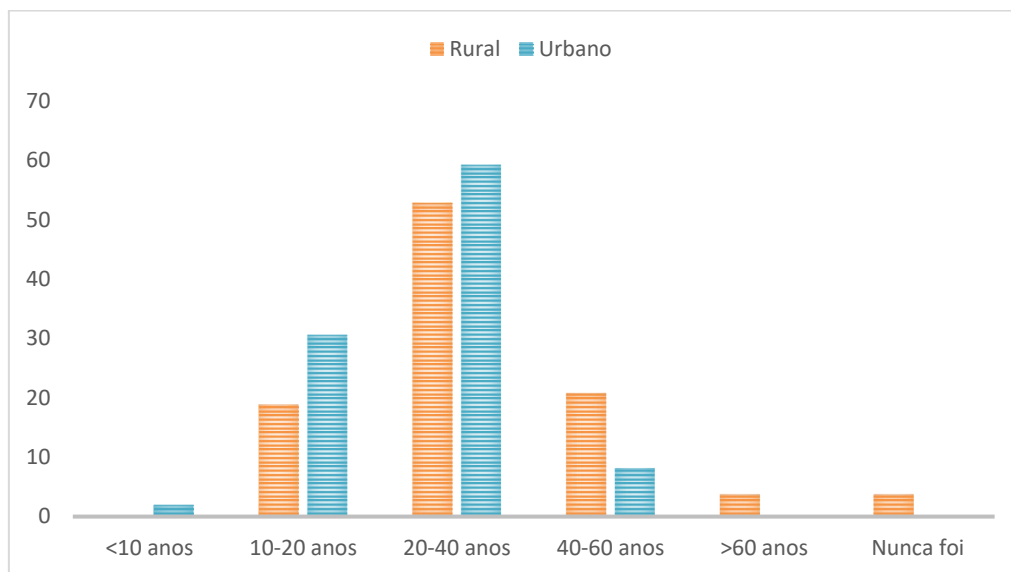


Gráfico 19- Idade da primeira consulta no Médico Dentista distribuído por meio de residência

Como podemos verificar no gráfico 20, relativamente ao motivo da consulta, 67,3% (n=33) e 78,4% (n=40) foram á consulta por motivos de dor no meio urbano e rural, respetivamente, sendo esse o motivo que apresenta maior percentagem em ambas as regiões. No meio urbano 22,4% (n= 11) foram para realizar um Check-Up, 2% (n=1) para fazer prótese dentária e 8,1% (n=4) para restaurar um dente, já no meio urbano 2% (n=1) foram para realizar um Check-Up, 2% (n=1) para fazer uma limpeza, 5,9 (n=3) porque tinham os dentes a cair, 9,8% (n=5) para fazer prótese dentária e 2% (n=1) para restaurar um dente.

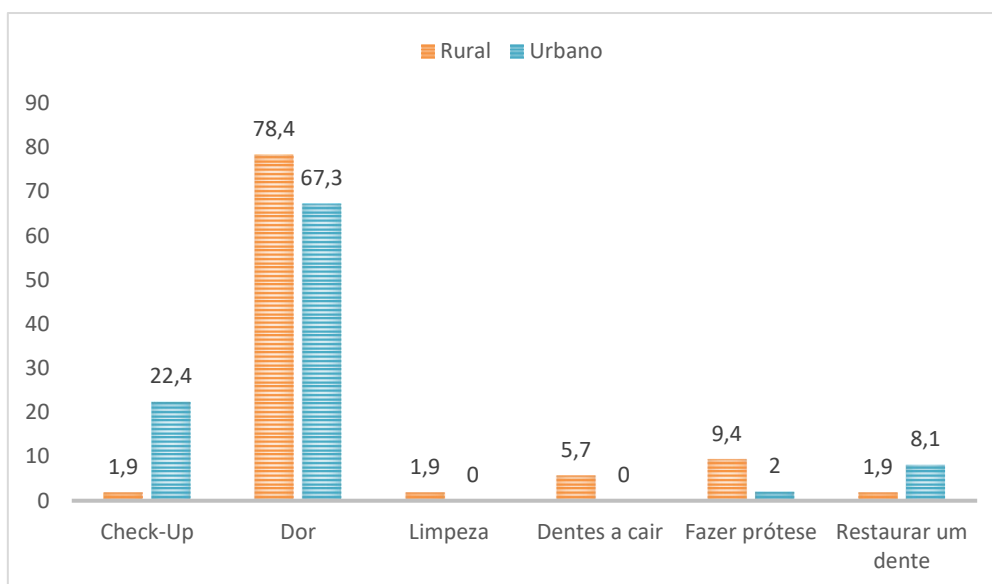


Gráfico 20- Motivo da primeira consulta no Médico Dentista distribuído por meio de residência

No que se refere a regularidade de visitas ao Médico Dentista, 87,8% (n=43) no meio urbano e 94,3% (n=50) no meio rural, não vão ao Médico Dentista regularmente (Gráfico 21). Destes, no meio rural 4% (n=2) não vai pela necessidade de deslocamento, 2% (n=1) por medo e ansiedade, 46 % (n=23) porque não sente necessidade e 48% (n=24) porque só vai quando dói. No meio urbano 23,8% (n=10) não vai pela necessidade de deslocamento, 50% (n=21) porque não sente necessidade e 26,2% (n=11) porque só vai quando dói (Gráfico 22).

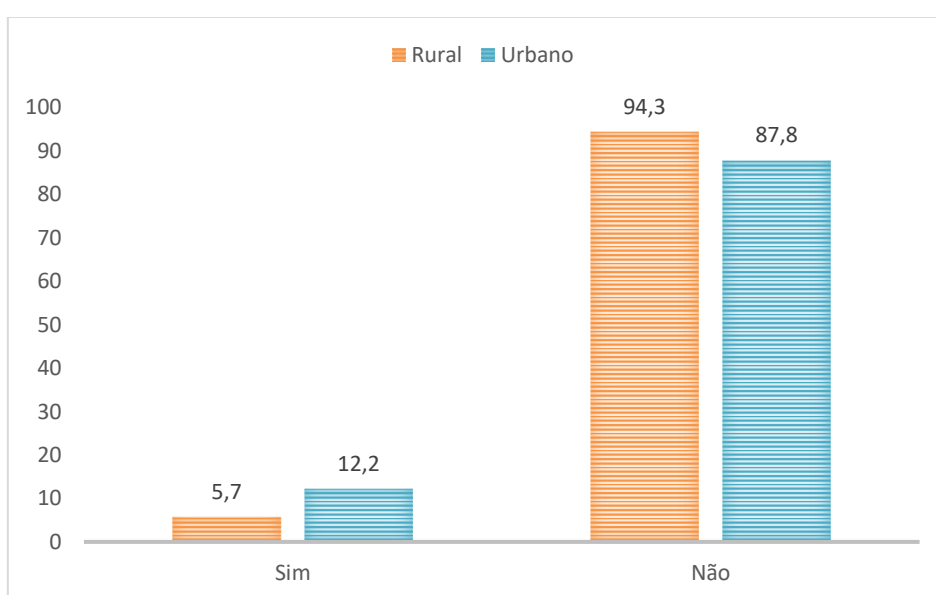


Gráfico 21- Regularidade de visitas ao Médico Dentista por meio de residência

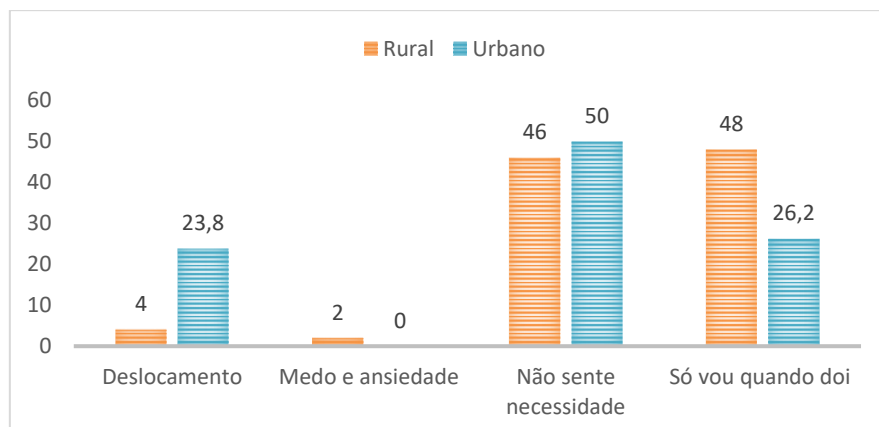


Gráfico 22- Motivo de não ir regularmente ao Médico Dentista distribuído por meio de residência

#### 4. Cheque dentista e seguros

Da amostra correspondente ao meio rural, 92,5% (n=49) não sabe o que é um cheque dentista, 98,1% (n=52) nunca teve um cheque dentista, 98,1% (n=52) nunca teve um seguro de saúde que cobrisse os serviços de saúde oral e 100% (n=53) da amostra não conhece nenhum consultório perto de si que funcione com seguros de saúde. Já no meio urbano 85,7% (n=42) não sabe o que é um cheque dentista, 98% (n=48) nunca teve um cheque dentista, 100% (n=49) nunca teve um seguro de saúde que cobrisse os serviços de saúde oral e 91,8% (n=45) da amostra não conhece nenhum consultório perto de si que funcione com seguros de saúde.

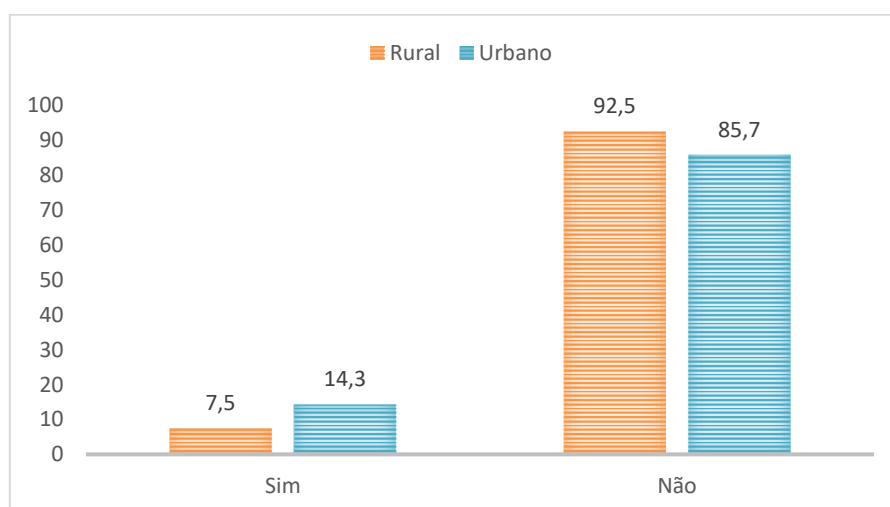


Gráfico 23- Conhecimento sobre o cheque dentista distribuído por meio de residência

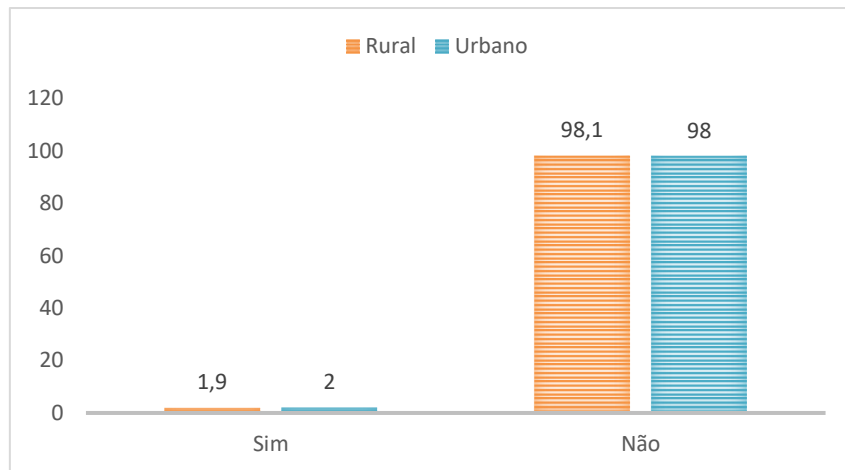


Gráfico 24- Utilização de cheque dentista distribuído por meio de residência

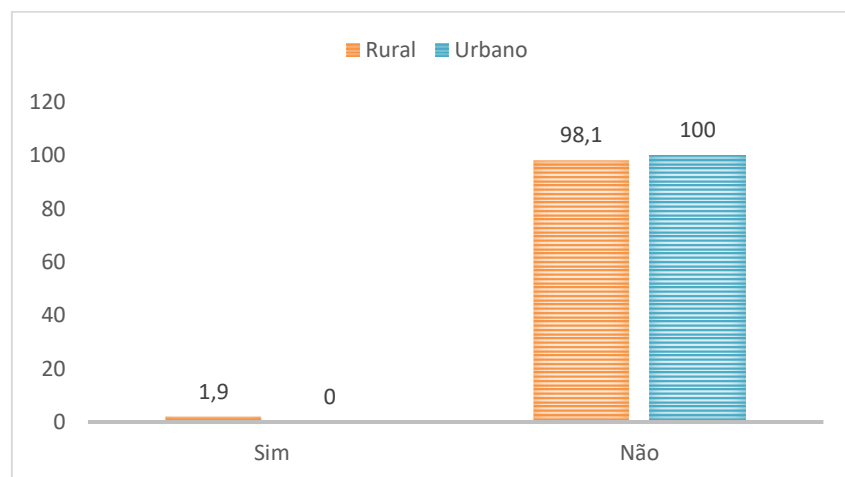


Gráfico 25- Utilização de seguros de saúde em consultas no Médico Dentista

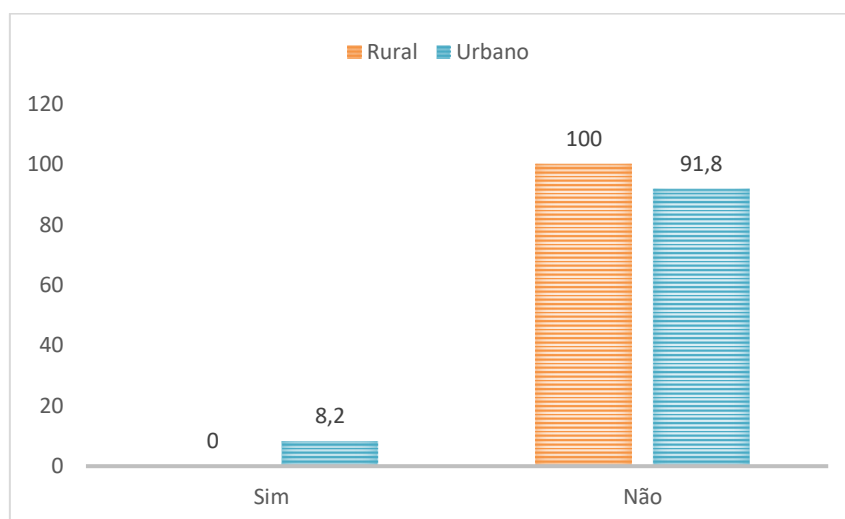


Gráfico 26- Conhecimento de consultórios perto da área de residência que utilizem seguros de saúde distribuído por meio de residência



## 5. Ausências dentárias

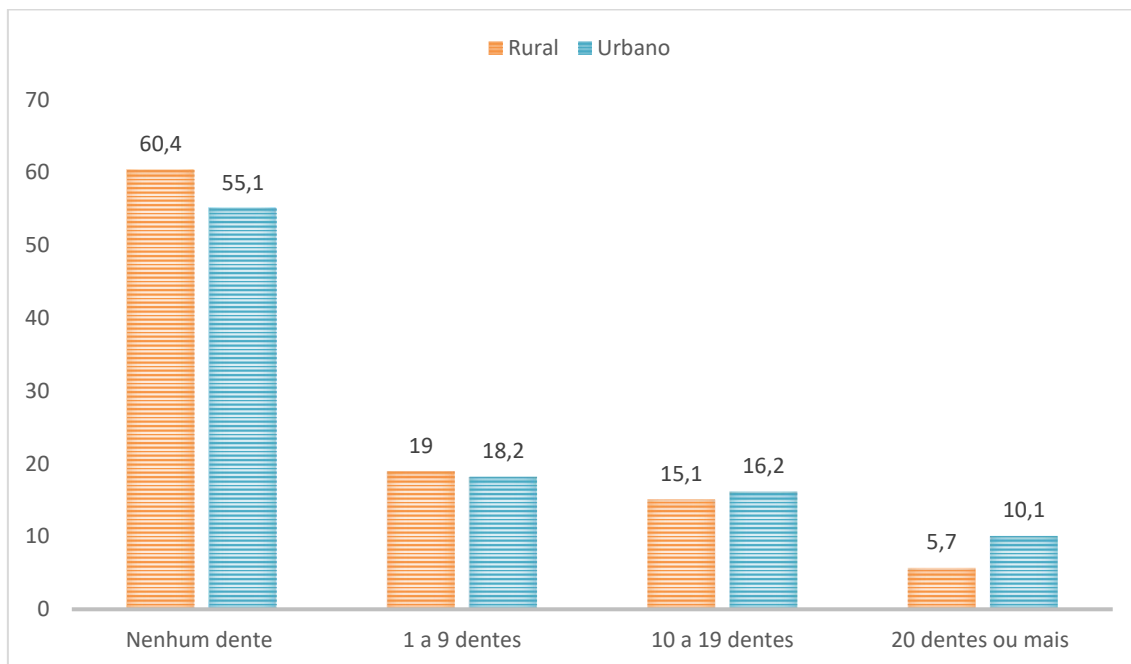


Gráfico 27- Número de dentes presentes em idosos de acordo com o meio de residência

Foram identificados 32 (60,4%) idosos sem nenhum dente presente no meio rural e 27 (55,1%) no meio urbano, sendo constituída mais de metade da amostra por desdentados totais.

Relativamente aos idosos com 1 a 9 dentes, foram identificados 10 (19%) no meio rural e 9 (18,2%) no meio urbano e com 10 a 19 dentes, 8 (15,1%) no meio rural e 8 (16,2%) no meio urbano.

A presença de 20 dentes ou mais foi observado em 3 (5,7%) idosos no meio rural e 5 (10,1%) no meio urbano.

## 6. Uso de prótese

Como podemos observar no gráfico 28, a utilização de prótese é maior na arcada Superior, (69,8% no meio rural e 63,3% no meio urbano) relativamente à arcada Inferior. A utilização de prótese total também se verificou mais frequente relativamente à prótese parcial em ambas as arcadas e meios de residência, prevalecendo em cerca de 50% da amostra total.

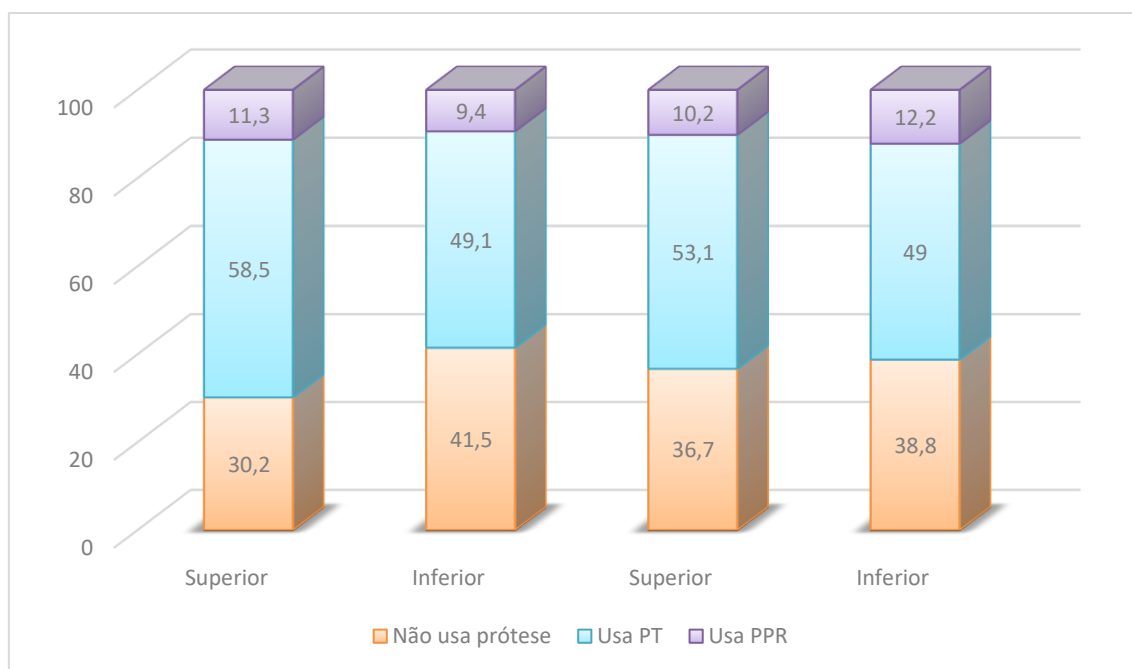


Gráfico 28- Utilização de prótese em idosos de acordo com a arcada, o tipo e o meio de residência

Relativamente á necessidade de utilização de prótese no meio urbano, todos os idosos que não apresentaram prótese têm a necessidade de utilização da mesma tanto na arcada inferior como superior. Já no meio rural, na arcada inferior todos os participantes sem prótese necessitavam da utilização da mesma e na arcada superior, apenas 12,5% dos idosos que não utilizavam prótese não necessitam da sua utilização (Gráfico 29).

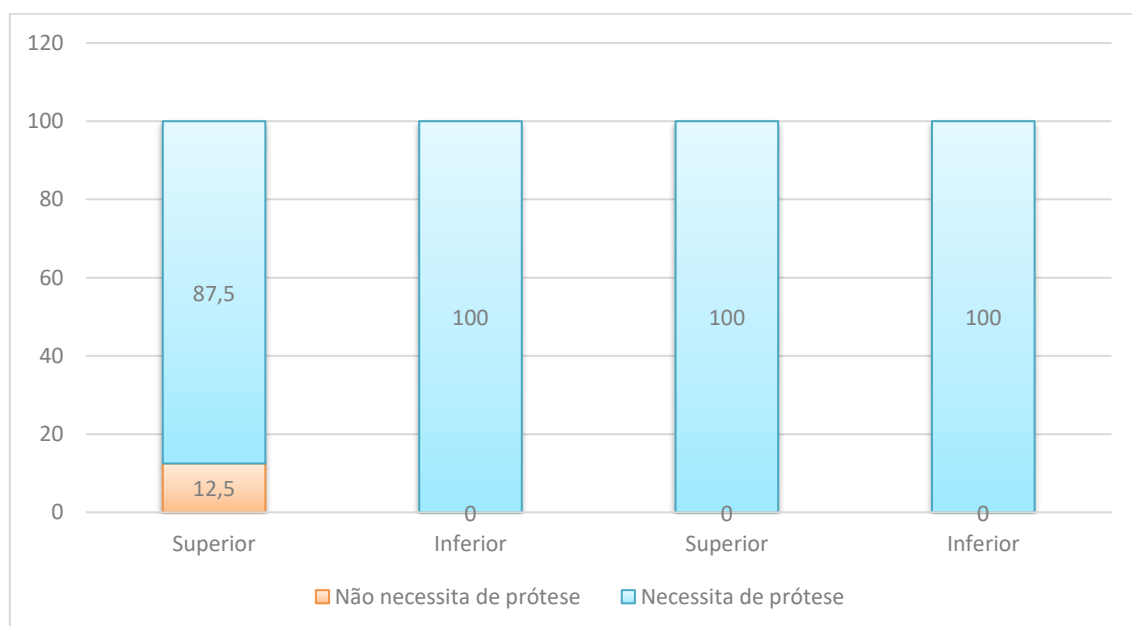


Gráfico 29- Necessidade de utilização de prótese de acordo com a arcada e o meio de residência

Considerando os diferentes meios de residência, a percentagem de idosos que utilizam prótese total removível é de 83,8% e 74,4% na arcada superior e 80,6% e 73,3% na arcada inferior, respetivamente para zonas urbanas e rurais, correspondendo ao tipo de prótese mais utilizada entre ambos os meios de residência. Secundariamente á prótese total removível, a prótese mais utilizada é a prótese parcial removível acrílica tanto na arcada superior como inferior em ambos os meios de residência. Também foi observada sobredentadura sobre 2 implantes inferior, 3,2% no meio rural e 6,7% no meio urbano na arcada inferior e 3,2% na arcada superior. No meio urbano também se verifica a utilização de prótese parcial removível em cromo cobalto na arcada inferior (3,3%) uma prótese fixa dentosuportada na arcada inferior (3,3%) e prótese híbrida superior (3,2%) (Gráfico 30).

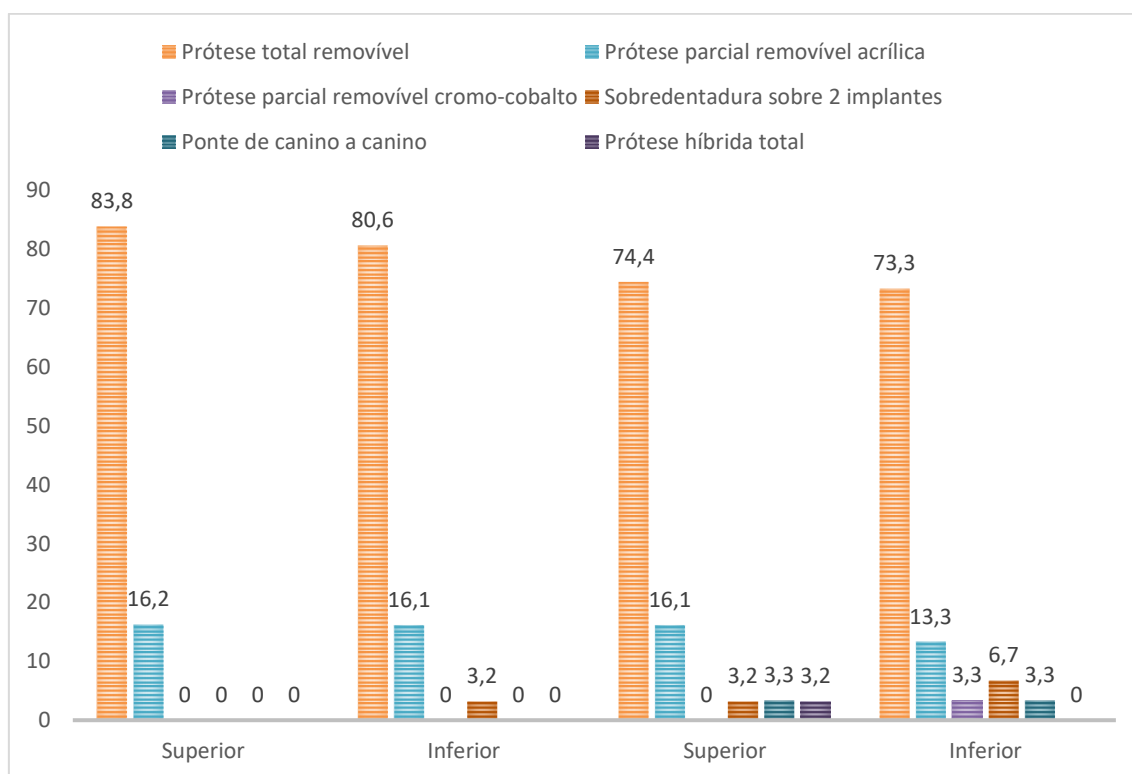


Gráfico 30- Tipo de prótese utilizada em idoso de acordo com a arcada e o meio de residência

De acordo com as questões “Retira a prótese para dormir” e “Retira a prótese para comer”, no meio urbano apenas 9,4% (n=3) retira a prótese para comer e 50% (n=16) retira a prótese para dormir. Já no meio rural, a amostra na sua totalidade não retira a prótese para comer e 56,8% (n=21) retira a prótese para dormir (Gráfico 31 e 32).

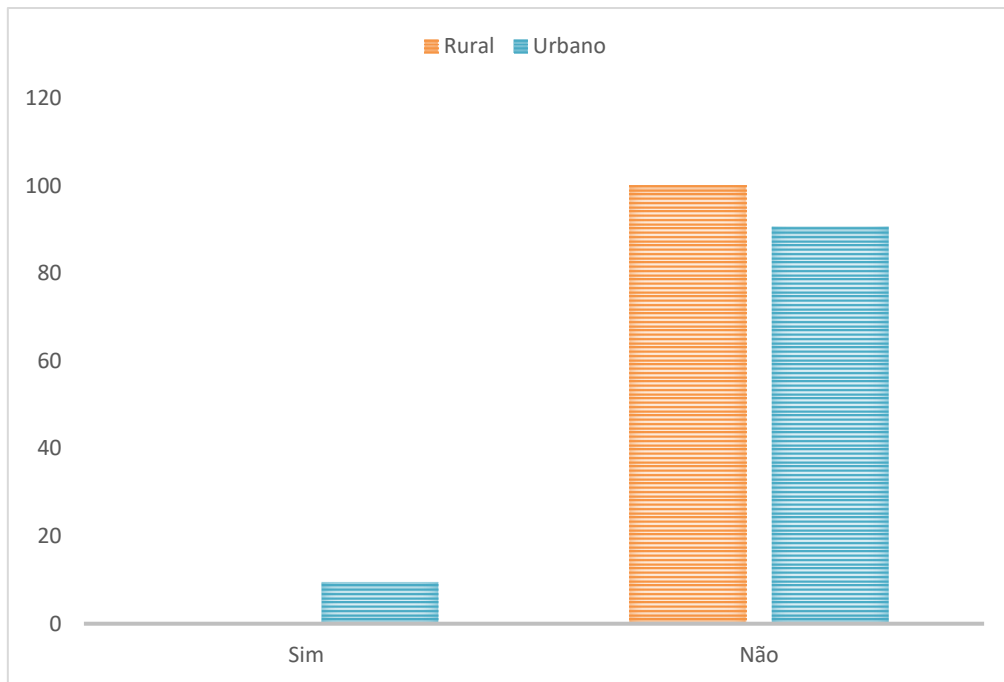


Gráfico 31- Utilização da prótese durante as refeições distribuído por meio de residência

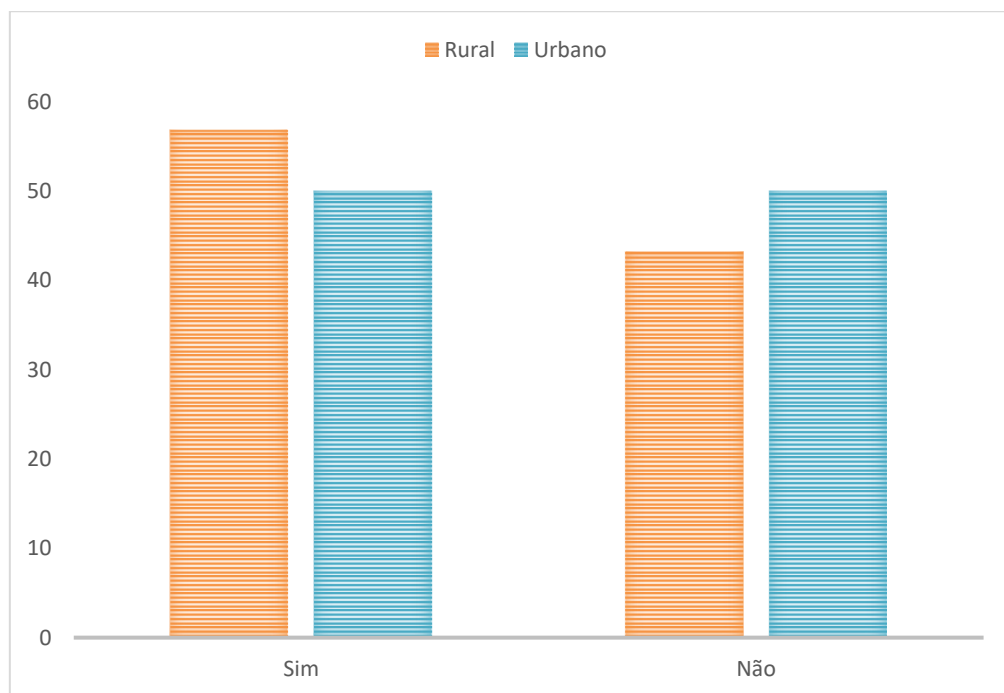


Gráfico 32- Utilização da prótese durante a noite distribuído por meio de residência

## 7. Índice de placa e Índice gengival

Na análise do Índice de Placa, verifica-se que em ambos os meios de residência a percentagem de índice de placa é muito elevada, 52,6% (n=11) e 49,7% (n=11) no meio rural e urbano, respetivamente, com 60% ou mais de índice de placa.

No meio urbano verifica-se uma percentagem mais elevada (9%), que no meio rural (4,8%) em níveis mais baixos de índice de placa (0-15). Já nos níveis de placa mais elevados, de 16 a 30 e de 31 a 59, mantem-se aproximadamente semelhantes em ambos os meios de residência (Gráfico 33).

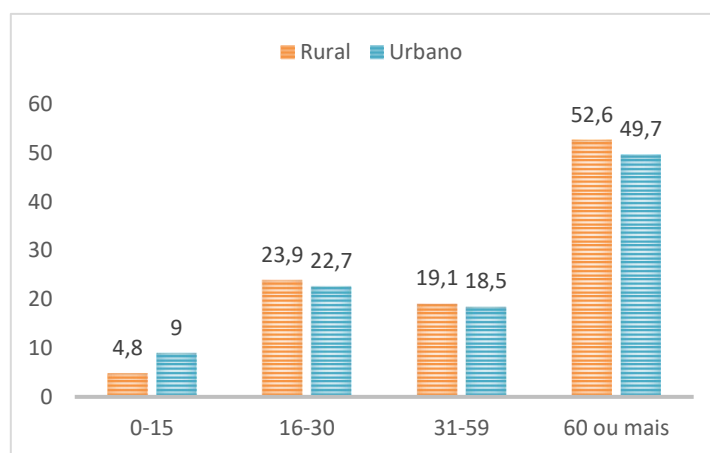


Gráfico 33- Distribuição de Índice de Placa por meio de residência

No índice gengival a maior percentagem em ambos os meios, apresenta-se entre os 0 e os 9,9%, com uma maior percentagem no meio urbano (49,7%). No meio urbano também se verificou um aumento da percentagem de índice gengival de 20% ou mais (18,1%) comparativamente ao meio rural (14,4%) (Gráfico 34).

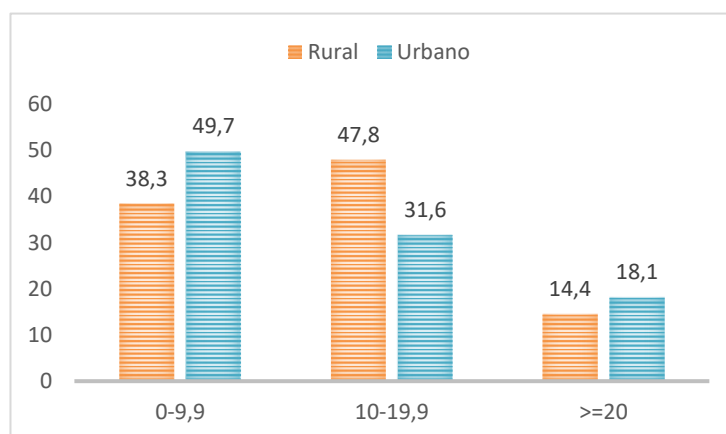


Gráfico 34- Distribuição de Índice Gengival por meio de residência

## 8. Índice CPOD

Tabela 2- Distribuição dos valores de CPOD e seus componentes por área de residência

	Meio rural		Meio urbano		
	Média	IC95%	Média	IC95%	p
Cariados	4,29	(2,78; 5,79)	3,50	(2,49; 4,51)	0,507
Perdidos	14,76	(10,61; 18,91)	16,68	(13,59; 19,78)	0,543
Obturados	1,05	(0,23; 1,87)	1,82	(0,92; 2,71)	0,099
CPOD	20,1	(16,37; 23,82)	22,0	(19,48; 24,52)	0,573

Na análise intra oral, o valor do índice de CPOD registado no meio rural e no meio urbano foi, respetivamente 20,1 e 22,0, verificando-se um ligeiro aumento do meio rural para o meio urbano.

Na análise dos seus componentes, os dentes perdidos apresentaram valores mais elevados no meio urbano (16,68%), comparativamente ao meio rural (14,76), o mesmo foi verificado nos dentes obturados apresentando maiores valores no meio urbano (1,82) comparativamente ao meio rural (1,05) e opostamente a estes os dentes cariados foram mais frequentes no meio rural (4,29) do que no meio urbano (3,5). Destes a componente dentes perdidos foi a que apresentou maior prevalência em ambas as áreas de residência. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre ambos os meios de residência, nem no índice CPOD ( $p=0,573$ ), nem nos seus componentes (Tabela 1).

## 9. Questionário GOHAI

Tabela 3- Estatística descritiva dos dados obtidos através do questionário GOHAI na amostra total

<b>N</b>	<b>102</b>
<b>Média</b>	31,57
<b>DP</b>	0,247
<b>Mínimo</b>	24
<b>Máximo</b>	36

De acordo com os dados obtidos, relativamente á aplicação do questionário GOHAI, verifica-se um valor médio na amostra total de 31,57, correspondente a uma população com moderada percepção da saúde oral. O valor máximo obtido foi 36 e o valor mínimo 24, demonstrando-nos assim uma variação da autopercepção da saúde oral entre baixa (<30) a elevada (34 a 36) (Tabela 2).

Tabela 4- Correlação entre o indicador sociodemográfico, meio de residência e os valores obtidos no questionário GOHAI

	<b>Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova</b>			<b>Residência Sénior AFID</b>			<b>P</b>
	Média	IC 95%	Amplitude de variação	Média	IC 95%	Amplitude de variação	
Dimensão física (4 perguntas)	9,62	(9,02; 10,21)	6 a 12	10,0	(9,43; 10,13)	5 a 12	0,402
Dimensão psicossocial (5 questões)	14,37	(14,03; 14,03)	11 a 15	14,24	(13,88; 14,60)	10 a 15	0,543
Dimensão dor ou desconforto (3 perguntas)	7,40	(7,22; 7,59)	7 a 9	7,52	(7,33; 7,71)	7 a 9	0,293
GOHAI	31,38	(30,61; 32,15)	24 a 36	31,76	(31,14; 32,38)	27 a 35	0,651

Relativamente á correlação do fator sociodemográfico, área de residência, com a autopercepção em saúde oral, neste estudo, não se verificou associação ( $p=0,651$ ). O valor da média registado no meio rural e no meio urbano foi, respetivamente, 31,38 e 31,76, verificando-se assim que, em ambas as áreas de residência, a autopercepção da saúde oral da população é moderada.

Relativamente aos domínios constituintes do questionário GOHAI, no domínio físico não se verificou associação ( $p=0,402$ ) com a variável área de residência, todavia averiguou-se uma maior média no meio urbano (10). No domínio dor ou desconforto também não se verificou associação ( $p=0,293$ ), verificando-se uma maior média (7,52) igualmente no meio urbano e no domínio psicossocial também não se verificou associação ( $p=0,543$ ), contudo verificou-se uma maior média no meio rural (14,37) (Tabela 3).





## **V. Discussão**

### **1. Amostra**

Embora a saúde oral tenha melhorado significativamente na prevenção e tratamento das doenças orais nas últimas décadas, globalmente, o gradiente social em saúde oral ainda se destaca com desigualdade persistentes entre comunidades urbanas e rurais. Indivíduos que residem em áreas rurais tendem a ter menores condições económicas e níveis de escolaridade mais reduzidos que, por sua vez, estão associados ao menor acesso aos serviços de saúde oral (Ogunbodede et al., 2015).

De acordo com os resultados verificados no presente estudo, observou-se uma diferença significativa entre o meio rural e urbano, em certas características sociodemográficas, respetivamente na variável rendimento e nível educacional. A amostra representativa do meio rural apresenta menores rendimentos comparativamente ao meio urbano, apresentando 77% da sua amostra, rendimentos menores que o ordenado mínimo. Relativamente ao nível de escolaridade, verifica-se um aumento do nível de escolaridade do meio rural para o meio urbano. Enquanto o meio rural apresenta, 17% de analfabetismo e 34% de idosos sem saber ler e escrever e o seu nível de escolaridade mais elevado ser o 7º ano, no meio urbano a percentagem de analfabetos e indivíduos sem saber ler e escrever é baixo e o nível de escolaridade mais elevado é um Curso Superior. Concluindo-se assim que a amostra do meio urbano apresenta melhores condições económicas e níveis de escolaridade mais elevados.

### **2. Comportamentos em saúde oral**

#### **2.1. Hábitos de higiene oral**

Em relação aos comportamentos e hábitos de higiene oral adotados pelos idosos, esta investigação verificou que o percentual de idosos que lavam todos os dias os dentes e/ou próteses, no meio urbano (77,6%) ligeiramente superior ao verificado no meio rural (66,1%). Destes verificaram-se percentagens semelhantes entre estes meios de residência relativamente à frequência de escovagem, ocorrendo um decréscimo desta consoante o

aumento da frequência, verificando-se que, a maioria da amostra escova os dentes apenas 1 vez por dia (48,6% no meio rural e 44,7% no meio urbano) e 2 vezes ao dia (31,4% no meio rural e 36,8% no meio urbano), obtendo resultados análogos ao estudo realizado por Pinto (2017), em que a maior percentagem de frequência de escovagem foi de 1 a 2 vezes por dia. De salientar também que apenas 19,1% da amostra global escova os dentes 3 ou mais vezes ao dia, demonstrando a falta de conhecimentos e consciencialização dos idosos sobre a importância da higiene oral, apesar de 82,3% da amostra total achar importante a escovagem dos dentes. Relativamente aos indivíduos da amostra que não escovam os dentes todos os dias, a maior percentagem relatou que o principal motivo era não sentir necessidade e preguiça.

Quanto à utilização de um meio complementar à escovagem a maior percentagem concentrou-se na opção “não”, com 96,2% (n=51) no meio rural e 73,5% no meio urbano, verificando-se um aumento da utilização de meio complementar à escovagem no meio urbano. No estudo realizado por Barbosa (2011), 79,2% não utilizavam meio complementar à escovagem no meio rural e 49,4% no meio urbano, verificando resultados análogos à presente investigação, ocorrendo um aumento da utilização de meio complementar à escovagem no meio urbano.

Relativamente à idade de aquisição da primeira escova de dentes, verificamos que mais de metade da amostra representativa do meio urbano referiram ter obtido a primeira escova de dentes dos 5 aos 10 anos, contudo no meio rural verificou-se uma percentagem mínima (17,1%). Em contrapartida, apesar de existir uma reduzida percentagem, verifica-se ainda assim que, 5,7% da população rural obteve a sua primeira escova de dentes com 70 anos ou mais. Desta forma, podemos verificar uma discrepância bastante acentuada entre áreas de residência, apresentando o meio rural, idades mais elevadas no que se refere à aquisição da primeira escova de dentes.

## **2.2. Utilização de serviços de saúde oral**

Existem diferenças significativas na distribuição, utilização e resultados dos serviços de saúde oral entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e áreas urbanas e rurais (Akbar et al., 2019).

As circunstâncias que influenciam o acesso a serviços de saúde são multifatoriais, e abrangem fatores económicos, sociais e culturais. Segundo alguns estudos, os residentes de áreas rurais são afetados por esses fatores, devido a dificuldades nos transportes, no

acesso a consultórios dentários e à carência de recursos financeiros. As distâncias percorridas dos residentes dos meios rurais, varia também de região para região, porém continua a ser uma barreira significativa (Montandon et al., 2019).

De acordo com os dados do presente estudo, em ambas as áreas de residência, existe uma elevada percentagem de idosos a não frequentar regularmente o Médico Dentista. Porém destas, o meio urbano apresenta uma maior percentagem de idosos que frequentam regularmente o dentista (12,2%), comparativamente ao meio rural (5,7%). Da amostra que não visita o Médico Dentista regularmente, a maior percentagem concentra-se nas opções “não sente necessidade” com 48% e “só vou quando dói” com 37,1% da amostra global e o meio urbano apresenta maior percentagem de idosos que não visitam regularmente o dentista (23,8%) por motivos relacionados ao deslocamento, o qual vai de encontro com o estudo realizado por Pinto (2017), em que a opção com maior percentagem em ambas as áreas de residência foi “não sinto necessidade” e uma maior percentagem de idosos a não ir ao médico dentista por motivo de deslocação no meio urbano (44,4%)

Relativamente à análise da utilização dos serviços de saúde oral, em ambas as áreas de residência a última consulta no Médico Dentista foi predominantemente há mais de 1 ano, verificando que, apenas 13,7% no meio rural e 8,1% no meio urbano foram ao dentista há menos de 12 meses, apresentando resultados inferiores comparativamente aos dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014, que apresentam uma percentagem aproximadamente de 20% na faixa etária dos 75 aos 84 anos. Desta forma, podemos observar que, apesar de a população urbana apresentar maior percentagem em visitas regulares ao médico dentista, apresenta ligeiramente menor percentagem relativamente a idosos que foram ao dentista há menos de 12 meses.

Em relação ao motivo da última consulta, verificou-se que a maior percentagem se centralizou na dor e necessidade de extração, sendo mais elevada no meio rural (57,1%) relativamente ao meio urbano (47,1%) e secundariamente, problemas associados a próteses dentárias e na confeção destas. Os resultados obtidos no presente estudo, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2016) foram semelhantes aos encontrados no Inquérito Nacional de Saúde de 2014, na faixa etária de mais de 65 anos, que apresentou como principal motivo da última consulta dor ou necessidade de extração (40%) e secundariamente a confeção de prótese dentária. Já na comparação entre áreas de residência, segundo o estudo de Martin et al. (2017) realizado em 2017, 34% dos idosos do meio urbano foram à última consulta por sentirem dor e 38% no meio urbano,

verificando-se um ligeiro aumento do meio rural para o meio urbano, o mesmo encontrado no presente estudo. Porém as percentagens verificadas na presente investigação são mais elevadas.

A maior percentagem de idosos (55,9%), foi a primeira vez ao Médico Dentista entre os 20 e os 40 anos. Correlacionando as áreas de residência, a população do meio urbano obteve maiores percentagens de idosos (32,6%) a visitar o Médico Dentista pela primeira vez antes dos 20 anos, comparativamente ao meio rural (18,9%).

Relativamente ao motivo da consulta, a maioria da amostra total referiu ir á consulta por sentir dor (71,6%) e de salientar que 22,4% da amostra representativa do meio urbano referiu ir á consulta fazer um check-up.

### **3. Conhecimentos e práticas em saúde oral**

A desigualdade em saúde oral tem-se verificado também, ao nível de conhecimentos e práticas em saúde oral e na cobertura dos seguros de saúde entre populações urbanas e rurais (Akbar et al., 2019).

Relativamente ao conhecimento e utilização do cheque dentista, constatou-se que em ambos as áreas de residência, a percentagem era muito baixa. Da amostra representativa do meio rural, 92,5% (n=49) não sabe o que é um cheque dentista, e dos restantes 7,5% que têm conhecimento do mesmo, apenas 1,9% já o utilizou, enquanto que no meio urbano, 85,7% (n=42) não sabe o que é um cheque dentista, e dos restantes 14,3% que têm conhecimento do mesmo, apenas 2% já o utilizou. Estes resultados são idênticos aos dados obtidos por Simões et al. (2018), que identificaram que a população geriátrica é a que apresenta menor cobertura, com apenas 3,5% da população que tem direito ao cheque dentista a usufruir deste, referindo que o principal motivo da sua não utilização é por não estarem cientes do seu direito a receber o cheque dentista, visto que também apresentam um nível de escolaridade reduzido. De acordo com os presentes dados, verificou-se também um ligeiro aumento do conhecimento da existência de cheques dentista na população urbana, podendo ser derivado também ao nível de escolaridade mais elevado. Segundo a literatura, indivíduos residentes em áreas rurais tendem a ter uma saúde oral precária, menor presença de dentes, apresentar maior risco cariogénico e menor cobertura dos seguros de saúde comparativamente aos residentes em áreas urbanas. Segundo os dados do presente estudo, 98,1% (n=52) da amostra do meio rural, nunca teve um seguro

de saúde que cobrisse os serviços de saúde oral e 100% (n=53) da amostra não conhece nenhum consultório perto de si que funcione com seguros de saúde. Já no meio urbano, 100% (n=49) nunca teve um seguro de saúde que cobrisse os serviços de saúde oral e 91,8% (n=45) não conhece nenhum consultório perto de si que funcione com seguros de saúde. Os dados do presente estudo são concordantes com o estudo de Martin et al. (2017) que apresenta uma maior percentagem de indivíduos residentes no meio rural (69%) a possuir seguros de saúde, comparativamente ao meio urbano (57%).

#### **4. Ausências dentárias e reabilitação protética**

Os danos causados pela falta de cuidados de saúde oral vão aumentando com a idade, resultando na perda de dentes e no consequente aumento da necessidade de uso de prótese dentária (Barretto Montandon et al., 2019).

De acordo com vários estudos, a perda dentária, tem sido relacionada a desigualdades sociais e associada ao baixo nível económico. Este é um importante indicador de saúde oral em grupos populacionais refletindo a falta de medidas preventivas e curativas (Roberto et al., 2019).

O edentulismo é um dos principais problemas de saúde oral que acomete a população geriátrica, afetando a qualidade de vida do idoso, provocando défices nutricionais, problemas estéticos, psicológicos e funcionais, continuando a ser um desafio para a saúde pública (Roberto et al., 2019).

De acordo com o estudo realizado por Bulhosa et al. 2011, a população portuguesa com mais de 65 anos apresenta uma taxa de edentulismo parcial ou total de aproximadamente 60%. Quanto á prevalência de edentulismo a amostra total no presente estudo, apresenta 57,8% de idosos com ausência total de dentes apresentando valores elevados comparativamente ao estudo realizado em Castelo de Paiva, Portugal, onde foram avaliados indivíduos com idade superior a 60 anos, os quais apresentaram uma percentagem de edentulismo total de 20,4%.

Neste estudo, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre meio rural e urbano relativamente à presença de dentes. Apesar de em ambas as áreas de residência haver um elevado percentual de idosos edêntulos, verifica-se uma maior percentagem no meio rural (60,4%) comparativamente ao meio urbano (55,1%). Em

concordância com a presente investigação, o estudo realizado por Panasiuk et al. (2013) apresentou maior número de dentes perdidos nos idosos residentes no meio rural do que os do meio urbano, (15,6% no meio rural e 25,0% no meio urbano), apesar de apresentar percentagens significativamente mais baixas em ambas as áreas de residência. As desigualdades verificadas entre ambos os meios de residência, pode estar associado á falta de conhecimentos e comportamentos em saúde oral, bem como o menor acesso aos cuidados de saúde oral no meio rural.

Quanto ao padrão de utilização de prótese dentária, evidencia-se uma maior utilização de prótese na arcada superior, especialmente no meio urbano e uma maior necessidade de utilização de prótese na arcada inferior. Na amostra do meio rural 69,8% utilizavam prótese dentária na arcada superior e 58,5% na arcada inferior, já no meio urbano, 63,3% na arcada superior e 61,2% na arcada inferior, verificando-se também uma maior percentagem de utilização de prótese no meio urbano na arcada superior e analogamente uma maior percentagem de utilização de prótese no meio rural na arcada inferior. Valores análogos foram encontrados no estudo realizado por Handa et al. (2016), que continha valores de 13,88% na arcada superior e 5,55% na arcada inferior no meio urbano e 1,85% e 7,40% respetivamente no meio rural, que apesar de apresentar valores bastante mais reduzidos, o meio urbano apresentava maior percentagem de próteses superiores e o meio rural maior percentagem de próteses inferiores como observado no presente estudo.

No que se refere à necessidade de utilização de prótese, esta é maior na arcada inferior como também verificado no estudo realizado por Mesas & Andrade (2006).

De acordo com a investigação, relativamente ao tipo de próteses utilizadas, observou-se que a prótese total (82,9%) é a prótese mais utilizada seguida pela prótese parcial removível acrílica (17,1%) independentemente do meio de residência e da arcada em estudo, o que vai de encontro ao estudo realizado por Yurico et al. (2013) e por Mesas & Andrade, (2006) que apresentam maior utilização de prótese total e posteriormente de PPR, com um maior aumento da utilização de prótese total na arcada superior. É de referir também a não utilização de próteses ou elementos fixos no meio rural. Já no meio urbano 6,5% dos idosos apresentam reabilitações com estruturas fixas, tais como prótese fixa dentosuportada e prótese híbrida, o mesmo verificado no estudo realizado por Pinto (2017) em que nenhum idoso no meio rural apresentou reabilitação com estruturas fixas, mas 6,7% no meio urbano apresentou.

Relativamente ao uso das próteses dentárias durante as refeições, apenas 9,4% da amostra do meio urbano retira a prótese para comer por desconforto, o que demonstra uma baixa

percentagem de idosos que sentem desconforto ao comer com a prótese colocada. Os dados verificados neste estudo estão de acordo com outro estudo realizado por Pinto, (2017), em que 12,7% idosos no meio rural e 3,1% no meio urbano retiram a prótese para comer, observando-se uma maior frequência no meio rural, comparativamente ao meio urbano. Já no uso das próteses dentárias para dormir em ambas as regiões aproximadamente metade da amostra não retira a prótese para dormir e no estudo anteriormente referido, 38,4% também não retira para dormir.

## **5. Índices**

### **5.1. Índice de Placa e Índice Gengival**

No presente estudo verificou-se um elevado índice de placa e índice gengival na população total. Quanto à área de residência, verificou-se que os idosos residentes no meio rural apresentaram índice de placa e índice gengival mais elevados. No índice de placa, 52,6% apresentaram índice de placa igual ou superior a 60, já no meio urbano apresentaram 49,7%. No Índice gengival o índice mais baixo, de 0 a 10, o meio urbano apresentou maior percentagem (49,7%), comparativamente ao meio rural (38,3%). Estes valores, vão de encontro com os estudos realizados por Wang et al. (2007), que demonstraram valores de índice gengival maiores na população rural e Barbosa (2011) que demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre o índice de placa e o meio de residência verificando que os residentes em zonas rurais obtiveram maior índice de placa que os residentes em zonas urbanas, apresentando 56,92% no meio rural e 23,4% no meio urbano, para um índice de placa entre 75 a 100%.

### **5.2. Índice CPOD**

Relativamente ao índice de CPOD, não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os meios de residência, nem no Índice CPOD ( $p=0,573$ ), nem nos seus componentes, verificando-se um valor médio de 20,1 no meio rural e 22,0 no meio urbano, encontrando-se estes num nível muito elevado de prevalência da cárie dentária. No estudo de Colussi et al. (2004), o índice médio era 28,9, sendo mais elevado do que o apresentado no presente estudo e também não foram verificadas diferenças significativas entre residentes na área urbana e rural com o índice CPOD ( $p=0,2316$ ). Contudo no estudo

de Barbosa (2011) foram verificadas associação entre a área de residência e o índice CPOD, verificando-se que 64,2% de indivíduos do meio rural a ter CPOD maior ou igual a 11 e apenas 41,6% no meio urbano.

## **6. Autopercepção em saúde oral**

Relativamente á correlação do fator sociodemográfico, área de residência, com a autopercepção em saúde oral, neste estudo, não se verificaram associações estatisticamente significativas nos resultados obtidos para ambas as áreas de residência, quer nos domínios, quer no valor total de GOHAI. Constatou-se também que o valor da média de GOHAI registado no meio rural e no meio urbano foi, respetivamente, 31,38 e 31,76, considerando-se assim que a percepção da saúde oral em ambas as áreas de residência é considerada moderada.

Num estudo realizado por Costa et al. (2019), verificaram-se associações ( $p=0,004$ ) entre a variável área de residência e a percepção da saúde oral através do questionário GOHAI. Os residentes na área urbana apresentaram maior frequência de elevada percepção (77,8%) e os residentes no meio rural apresentaram maior frequência na baixa percepção (66,7%).

## **7. Limitações de estudo**

As principais limitações verificadas na realização da presente investigação abrangem a limitação do contacto com os participantes, tendo sido estipulada com as instituições a realização da recolha de dados em apenas 2 dias e somente por 1 examinador, tendo influenciado no tamanho da amostra.

Para futuros estudos, sugere-se a elaboração de um estudo com uma amostra maior, de forma a analisar a saúde oral na população geriátrica em diferentes áreas de residência (Meio rural vs Meio urbano), subdividindo essas populações em fatores sociodemográficos como por exemplo o rendimento, idade e nível de escolaridade, sendo também interessante aplicar esse estudo no contexto nacional de forma a verificar se ocorrem discrepâncias ou se os resultados são idênticos.



## VI. Conclusão

De acordo com os resultados obtidos e os objetivos propostos, é possível retirar as seguintes conclusões:

- Não foram verificadas associações significativamente estatísticas entre o fator sociodemográfico, área de residência e a autopercepção em saúde oral.
- Os idosos residentes no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova e Residência Sênior AFID Geração apresentam uma moderada percepção de saúde oral.
- O valor médio do Índice CPOD, representativo da amostra total, foi de 21,05, apresentando um valor muito elevado.
- Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre os valores do Índice CPOD e a variável, área de residência.
- As populações analisadas carecem de comportamentos de saúde oral. Relativamente a hábitos de higiene oral, 28,7% da amostra total não lava os dentes e/ou próteses todos os dias, a escovagem 2 ou mais vezes por dia é realizada apenas por 53,3% da amostra e 85,3% não utiliza meios complementares de escovagem. Em relação á utilização de serviços de saúde oral, 89% da amostra total não vai ao médico dentista há mais de 1 ano, sendo o principal motivo da última consulta dor e extrações dentárias em 52% da amostra.
- Apesar de os comportamentos em saúde oral serem insuficientes em ambas as áreas de residência, a amostra representativa do meio urbano, apresentou melhores cuidados de higiene oral (maior percentagem de idosos a lavar os dentes e/ou próteses, menor idade quanto à aquisição da primeira escova de dentes, maior utilização de meios complementares á escovagem) e maior utilização de serviços de saúde oral (menor idade aquando a primeira consulta no Médico Dentista comparativamente ao meio rural e maior percentagem de idosos a visitar regularmente o Médico Dentista).
- As populações analisadas carecem de conhecimentos de saúde oral. 89,2% da amostra total não sabe o que é um cheque dentista e daqueles que sabem apenas 2% utilizou.

- Quanto á presença de dentes, concluiu-se que mais de metade da amostra analisada era constituída por idosos desdentados totais, verificando-se no meio urbano, maior presença de dentes e menor percentagem de desdentados totais comparativamente ao meio rural.
- A grande maioria da amostra analisada apresentava prótese dentária, predominantemente na arcada superior, dos 36,75% restantes que não utilizavam, 97,05% necessitavam da utilização da mesma.
- Relativamente ao tipo de próteses utilizadas, a prótese total removível foi a mais observada (78,95%) seguida da prótese parcial removível acrílica (15,5%).
- O meio urbano apresentou maior percentagem de idosos a utilizar próteses e elementos fixos comparativamente ao meio rural
- Em ambas as áreas de residência, o valor médio de índice de placa e de índice gengival foi muito elevado, contudo no meio rural esses valores apresentavam-se ainda mais elevados que no meio urbano.

Após a realização do presente estudo, foi possível verificar a importância de uma maior prevenção na saúde oral na população geriátrica, devendo ser considerado a criação de programas comunitários com a finalidade de melhorar os conhecimentos e os comportamentos verificados nesta faixa etária na população portuguesa.

## VII. Bibliografia

- Akbar, F. H., Pasinringi, S., & Awang, A. H. (2019). Relationship between health service access to dental conditions in urban and rural areas in Indonesia. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria e Clinica Integrada*, 19(1), 1–7. <https://doi.org/10.4034/PBOCI.2019.191.83>
- Albeny, A. L., & Santos, D. B. F. (2018). Doenças Bucais que mais acometem o paciente na terceira idade: Uma revisão de Literatura. *ID on Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 12(42), 1215–1228. <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i42.1363>
- Almeida, F. I. dos S. (2016). Determinantes de Saúde Oral Evidência para Portugal. *Tese de Mestrado*, 51.
- Ainamo, J., & Bay, I. (1975). Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *International dental journal*, 25(4), 229.
- Barata, R. B. (2005). Epidemiologia social \* Social Epidemiology. *Rev Bras Epidemiol*, 8(Vi), 7–17.
- Barbosa, R. M. B. (2011). Prevalência de cárie dentária e comportamentos de saúde oral numa amostra de pacientes da Clínica Universitária da UCP: Viseu (Doctoral dissertation).
- Barretto Montandon, A. A., LAP, P., WA, R., ACRG, P., Cháves OF, M., LAB, B., & MM, N. (2019). Conditions of oral health in elderly of rural areas. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, 4(2). <https://doi.org/10.15406/mojgg.2019.04.00179>
- Ben-Shlomo, Y., Mishra, G., & Kuh, D. (2014). Life course epidemiology. *Handbook of Epidemiology: Second Edition*, 1521–1549. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-09834-0\\_56](https://doi.org/10.1007/978-0-387-09834-0_56)
- Carvalho, C., Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F., & Nunes, C. (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 31(2), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.10.002>
- Carvalho, A. I. de. (2013). Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *A Saúde No Brasil Em 2030: População e Perfil Sanitário - Vol. 2*, 19–38. <https://doi.org/10.7476/9788581100166.0003>
- Céu A, Ferreira SC, J. M. (2019). Programa Nacional De Promoção Da Saúde Oral.

- Ministério Da Saúde. Direção-Geral Da Saúde*, 1–36. [www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2019-em-audicao-publica-ate-1-de-agosto-de-2019-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2019-em-audicao-publica-ate-1-de-agosto-de-2019-pdf.aspx)
- Chen, D. Y., Lin, C. H., Chen, Y. M., & Chen, H. H. (2016). Risk of atrial fibrillation or flutter associated with periodontitis: A nationwide, population-based, cohort study. *PLoS ONE*, *11*(10), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165601>
- Colussi, C. F., Cristina, M., & Calvo, M. (2004). 2004 - Cárie e Prótese - Colussi.pdf. *Rev. Bras. Epidemiol.*, *7*, 88–97.
- Corrêa Da Silva, S. R., & Castellanos Fernandes, R. A. (2001). Self-perception of oral health status by the elderly. *Revista de Saude Publica*, *35*(4), 349–355. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102001000400003>
- Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H., & Reis Campos, J. C. (2011). As doenças orais no idoso - Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, *52*(3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2011.05.002>
- Costa, M. J. F., Lins, C. A. de A., de Macedo, L. P. V., de Sousa, V. P. S., Duque, J. A., & de Souza, M. C. (2019). Clinical and self-perceived oral health assessment of elderly residents in urban, rural, and institutionalized communities. *Clinics*, *74*, 1–5. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e972>
- DGS. (2015). III Estudo de Prevalência das Doenças Orais. *Direção Geral Da Saúde*, Novembro, 1–154.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas.
- Direção Geral da Saúde. (29 de novembro de 2016). Cheque dentista. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/cheque-dentista.aspx>
- Do Vale, E. B., Da Cruz Gouveia Mendes, A., & Da Silveira Moreira, R. (2014). Self-perceived oral health among adults in Northeastern Brazil. *Revista de Saude Publica*, *47*(SUPPL.3), 98–108. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004893>
- ERS. (2014). Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.
- Eurostat. (julho de 2019). Estrutura populacional e envelhecimento. [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/pt](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt)

- Estatística, I. N. de. (2019). Estatísticas Demográficas. [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Fiorillo, L. (2019). Oral health: The first step to well-being. *Medicina (Lithuania)*, 55(10), 2–5. <https://doi.org/10.3390/medicina55100676>
- Frias-Bulhosa J, Beça H, Alves A. “Estado de saúde oral numa população adulta de Castelo de Paiva”. *J. Am. Dent. Assoc. (Portugal)*. 2011. 4(1): 43-6.
- Giacaman, R. A., Bustos, I. P., Bravo-León, V., & Mariño, R. J. (2015). Impact of rurality on the oral health status of 6-year-old children from central Chile: the EpiMaule study. *Rural and Remote Health*, 15(2), 3135.
- Golkari, A., Sabokseir, A., Sheiham, A., & Watt, R. G. (2016). Socioeconomic gradients in general and oral health of primary school children in Shiraz, Iran. *F1000Research*, 5(May), 1–10. <https://doi.org/10.12688/f1000research.8641.1>
- Haikal, D. S. A., de Paula, A. M. B., de Barros Lima Martins, A. M. E., Moreira, A. N., & Ferreira e Ferreira, E. (2011). Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: Uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciencia e Saude Coletiva*, 16(7), 3317–3329. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800031>
- Halpern, L. R. (2020). The Geriatric Syndrome and Oral Health: Navigating Oral Disease Treatment Strategies in the Elderly. *Dental Clinics of North America*, 64(1), 209–228. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.08.011>
- Handa, S., Prasad, S., Rajashekharappa, C. B., Garg, A., Ryana, H. K., & Khurana, C. (2016). Oral health status of rural and urban population of Gurgaon block, Gurgaon district using WHO assessment form through multistage sampling technique. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(5), ZC43–ZC451. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/19048.7756>
- Hegde, R., & Awan, K. H. (2019). Effects of periodontal disease on systemic health. *Disease-a-Month*, 65(6), 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2018.09.011>
- Hung, M., Moffat, R., Gill, G., Lauren, E., Ruiz-Negrón, B., Rosales, M. N., Richey, J., & Licari, F. W. (2019). Oral health as a gateway to overall health and well-being: Surveillance of the geriatric population in the United States. *Special Care in Dentistry*, March, 354–361. <https://doi.org/10.1111/scd.12385>
- INE. (2016). (2016) Inquérito Nacional de Saúde 2014 \_ Instituto Nacional de Estatística. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kane, S. F. (2017). The effects of oral health on systemic health. *General Dentistry*, 65(6), 30–34.

- Lawrence, R. J. (2014). Understanding Environmental Quality Through Quality of Life (QOL) Studies. In Reference Module in Earth Systems and Environmental Sciences (Issue April). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-409548-9.09139-9>
- Lourenço, A., & Barros, P. (2016). Cuidados de Saúde Oral: Universalização. Nova Healthcare Initiative - Research, 60. <https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/cuidados-saude-oral.pdf>
- Martin, J. L., Boyd, L. D., Tapias-Perdigón, H., & LaSpina, L. M. (2017). Oral Health Status of Independent Older Adults in Texas: An observational study comparing urban and rural areas. *Journal of Dental Hygiene : JDH*, 91(5), 40–47.
- Melo, P., Marques, S., & Silva, O. M. (2017). Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *International Dental Journal*, 67(3), 139–147. <https://doi.org/10.1111/idj.12273>
- Mesas, A. E., & Andrade, S. M. De. (2006). Idosos De Comunidade Urbana De. 9(4), 471–480.
- Mitri, R., Fakhoury Sayegh, N., & Boulos, C. (2020). Factors associated with oral health-related quality of life among Lebanese community-dwelling elderly. *Gerodontology*, 37(2), 200–207. <https://doi.org/10.1111/ger.12463>
- Movahhed, T., Ajami, B., Dorri, M., Biouki, N., Ghasemi, H., Shakeri, M. T., & Dehghani, M. (2015). Social Determinants of Tooth Loss among a Group of Iranian Female Heads of Household. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 9(2), 126–130. <https://doi.org/10.15171/joddd.2015.025>
- Muc-Wierzgoń, M., Kokot, T., Nowakowska-Zajdel, E., Błażelonis, A., & Fatyga, E. (2015). Response to “Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: A nonsystematic review” paper. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 827–828. <https://doi.org/10.2147/CIA.S83600>
- Nacional, P. (2010). MEMORANDO CHEQUE DENTISTA ( DGS ). 1–3.
- Netto, M. F. V., & Chicon, J. B. (2020). EXPEDIÇÃO AMAZÔNIA–PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL COM A POPULAÇÃO RIBEIRINHA. *Revista Científica FAESA*, 16(1), 25-31.
- Nicolau, B., Thomson, W. M., Steele, J. G., & Allison, P. J. (2007). Life-course epidemiology: Concepts and theoretical models and its relevance to chronic oral conditions. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35(4), 241–249. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00332.x>
- Ogunbodede, E. O., Kida, I. A., Madjapa, H. S., Amedari, M., Ehizele, A., Mutave, R.,

- Sodipo, B., Temilola, S., & Okoye, L. (2015). Oral Health Inequalities between Rural and Urban Populations of the African and Middle East Region. *Advances in Dental Research*, 27(1), 18–25. <https://doi.org/10.1177/0022034515575538>
- OMS. (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração - Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Comissão Para Os Determinantes Sociais Da Saúde - Relatório Final, 1218(31), 276.
- ONU. (2019). World population prospects 2019. In Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects 2019*. (Issue 141). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12283219>
- Ordem dos Médicos Dentista. (13 de setembro de 2016). OMD adopta definição universal de “saúde oral”. <https://www.ombd.pt/2016/09/saude-oral-fdi/>
- Panasiuk, L., Kosiniak-Kamysz, W., Horoch, A., Paprzycki, P., & Karwat, D. (2013). Tooth loss among adult rural and urban inhabitants of the Lublin Region. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(3), 637–641.
- Pinto, S. M. dos S. (2017). Saúde Geral E Oral De Idosos Institucionalizados: Um Estudo Comparativo (Doctoral dissertation).
- Humberto, S. (2018). Despacho n.o 8861-A/2018. *Diário Da República* n.o 180/2018, 1o Suplemento, Série II de 2018-09-18, 2, 25678-(2) a 25678-(3). [https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116432978/details/normal?q=Despacho+n.o 8861-A%2F2018](https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116432978/details/normal?q=Despacho+n.o+8861-A%2F2018)
- Presa, SL; Matos, J. (2014). Saúde bucal na terceira idade oral health in third age. *Revista UNINGÁ, Maringá-PR*, 39, 137–148.
- Ribeiro, D., Pires, I., & Pereira, M. de L. (2012). Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 53(4), 221–226. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2012.07.003>
- Roberto, L. L., Crespo, T. S., Monteiro-Junior, R. S., Martins, A. M. E. B. L., De Paula, A. M. B., Ferreira, E. F., & Haikal, D. S. (2019). Sociodemographic determinants of edentulism in the elderly population: A systematic review and meta-analysis. *Gerodontology*, 36(4), 325–337. <https://doi.org/10.1111/ger.12430>
- Sales de Oliveira, G., & Lopes Marinho, V. (2019). Perdas dentárias e expectativas da reabilitação protética: um estudo qualitativo. *Revista Cereus*, 11(2), 77–87. <https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v11n2p77-87>

- Silva, E. T. da, Oliveira, R. T. de, & Leles, C. R. (2016). Fatores associados ao edentulismo funcional em idosos brasileiros TT - Factors associated with functional edentulism in elderly Brazilians. *Comun. Ciênc. Saúde*, 27(2), 129–138. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/Fatores\\_associados\\_edentulismo\\_funcional\\_idosos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/Fatores_associados_edentulismo_funcional_idosos.pdf)
- Silva, M. F., Sousa, M. D. L. R. De, & Batista, M. J. (2019). Reducing social inequalities in the oral health of an adult population. *Brazilian Oral Research*, 33, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2019.VOL33.0102>
- Simões, J., Figueiredo Augusto, G., do Céu, A., Ferreira, M. C., Jordão, M., Calado, R., & Fronteira, I. (2018). Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS. *Health Policy*, 122(8), 803–807. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.013>
- Sousa, V. G. R. T. de. (2017). Crenças , atitudes , literacia e comportamentos de saúde oral em estudantes universitários. 108. [https://run.unl.pt/bitstream/10362/32127/1/RUN - Dissertação de Mestrado - Vânia Sousa.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/32127/1/RUN-Dissertação%20de%20Mestrado-V%C3%A2nia%20Sousa.pdf)
- Veiga, N. and I. C. (2015). Journal of Dental and Oral Health. *Journal of Dental and Oral Health*, 1(4), 1–4.
- Wang, Q. T., Wu, Z. F., Wu, Y. F., Shu, R., Pan, Y. P., & Xia, J. L. (2007). Epidemiology and preventive direction of periodontology in China. *Journal of Clinical Periodontology*, 34(11), 946–951. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2007.01139.x>
- Watt, R. G., Listl, S., Peres, M., & Heilmann, A. (2015). SocialInequalities.
- Watt, R. G., & Sheiham, A. (2012). Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(4), 289–296. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00680.x>
- World Health Organization. (2 de outubro de 2019). Organização Mundial de Saúde e a Saúde Oral. <https://www.jornaldentistry.pt/news/noticias/organizacao-mundial-de-saude-e-a-saude-oral>
- Yurico, M., Nihi, M., & Pizi, E. C. G. (2013). Análise da autopercepção e saúde bucal de idosos em diferentes grupos populacionais. *Revista Brasileira de Oodntologia*, 70(2), 125–129.



Saúde Oral em Idosos Institucionalizados

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de Questionário: \_\_\_\_

Características sociodemográficas	
<p>Local de recolha:</p> <p><input type="checkbox"/> Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova</p> <p><input type="checkbox"/> AFID Residência Sénior</p>	<p>Local de nascença e crescimento:</p> <p><input type="checkbox"/> Meio urbano</p> <p><input type="checkbox"/> Meio rural</p>
<p>Sexo:</p> <p><input type="checkbox"/> Feminino      <input type="checkbox"/> Masculino</p>	<p>Idade: ____</p>
<p>Nível de escolaridade:</p> <p><input type="checkbox"/> Analfabeto</p> <p><input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever</p> <p><input type="checkbox"/> Até ao 4º ano</p> <p><input type="checkbox"/> Até ao 7º ano ( )</p> <p><input type="checkbox"/> Até ao 9º ano ( )</p> <p><input type="checkbox"/> Até ao 12º ano</p> <p><input type="checkbox"/> Curso superior</p> <p><input type="checkbox"/> Pós-graduação</p>	<p>Estado civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro</p> <p><input type="checkbox"/> Casado</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p><input type="checkbox"/> Viúvo</p>
<p>Rendimento:</p> <p><input type="checkbox"/> &lt; ordenado mínimo</p> <p><input type="checkbox"/> Ordenado mínimo</p> <p><input type="checkbox"/> 2x ordenado mínimo</p> <p><input type="checkbox"/> &gt;2.000 euros</p>	
Hábitos de higiene oral	
<p>1. Escova os dentes todos os dias?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim                                      <input type="checkbox"/> Não                                      <input type="checkbox"/> Às vezes</p> <p>1.1. Se sim, quantas vezes ao dia?</p> <p><input type="checkbox"/> 1                                      <input type="checkbox"/> 2                                      <input type="checkbox"/> 3                                      <input type="checkbox"/> &gt;3</p> <p>1.2. Se não, porque não escova todos os dias?</p> <p><input type="checkbox"/> Não sente necessidade</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de destreza manual</p> <p><input type="checkbox"/> Preguiça</p> <p>2. Considera importante a escovagem dos dentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim                                      <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3. Utiliza algum meio complementar á escovagem (fio dentário, escovilhão, colutório...)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim                                      <input type="checkbox"/> Não                                      <input type="checkbox"/> Às vezes</p> <p>4. Com que idade teve a sua primeira escova de dentes? ____</p>	

### Utilização de serviços odontológicos

1. Com que idade foi a primeira consulta no Médico Dentista?  
☐ <10 anos    ☐ 10-20 anos    ☐ 20-40 anos    ☐ 40-60 anos    ☐ >60 anos
- 1.1. Qual o motivo da consulta?  
☐ Check-up  
☐ Dor  
☐ Limpeza  
☐ Outros motivos: \_\_\_\_\_
2. Quando foi a última consulta no Médico Dentista?  
☐ <3 mês    ☐ Entre 3 a 6 meses    ☐ Entre 6 a 12 meses    ☐ >1 ano
- 2.1. Qual foi o motivo da última consulta?  
☐ Dor de dentes  
☐ Rotina  
☐ Limpeza  
☐ Problemas com a prótese
3. Visita regularmente o Médico Dentista?  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.1. Se respondeu não, porquê?  
☐ Motivos económicos  
☐ Deslocamento  
☐ Medo e ansiedade  
Outros motivos: \_\_\_\_\_

### Seguros de saúde e cheque dentista/ Prótese

1. Sabe o que é um cheque dentista?  
☐ Sim    ☐ Não
  2. Alguma vez teve um cheque dentista?  
☐ Sim    ☐ Não
  3. Alguma vez teve um seguro de saúde que cobrisse serviços odontológicos?  
☐ Sim    ☐ Não
  4. Conhece algum consultório perto de si que aplique algum seguro de saúde?  
☐ Sim    ☐ Não
- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Utiliza prótese?<br/><input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não</li><li>1.1. Se sim. Que tipo de prótese?<br/><input type="checkbox"/> Total    <input type="checkbox"/> Parcial<br/><input type="checkbox"/> Fixa    <input type="checkbox"/> Removível</li><li>1.2 Se não. Necessita de utilização de prótese?<br/><input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>2. Retira a prótese para comer?<br/><input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não</li><li>3. Retira a prótese para dormir?<br/><input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não</li></ol> |
|--|--|

Autopercepção de saúde oral em idosos  
Questionário GOHAI

1. Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
2. Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
3. Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
4. Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
5. Últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
6. Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
7. Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
8. Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou desconforto da sua boca?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
11. Os últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca
12. Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?  
( ) Sempre ( ) Algumas vezes ( ) Nunca